منظمة
الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:



دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية

الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية
"الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين"

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
الرعاية الصحية الأولية للمسنين: دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية: الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.
1. الخدمات الصحية للمسنين – مواصفات 2. الرعاية الصحية الأولية 3. طب الشيوخ – مواصفات 4. تقديم الرعاية الصحية – مواصفات 5. التقييم الشيخوخي 6. جودة الرعاية الصحية أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WT 31) (ISBN: 978-92-9022-223-1)
(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-222-4)

جدول المحتويات

كلمة المؤلفين

يعتبر كتاب "الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين: دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية" دليلاً استرشادياً للقائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، وهو مصمم لدعم مفهوم الارتقاء بجودة حياة المُسِنّين من خلال محاور متعددة تهدف إلى الحفاظ على صحتهم واستقلاليتهم بالرغم من المشكلات الصحية المتعددة والمختلفة عن الفئات العمرية الأصغر منهم، وذلك من خلال أساليب متعددة تتضمن التقييم الشامل للمُسِنّ والتثقيف الصحي الذي يقوم به فريق من القائمين على تقديم الخدمات الصحية. وبالرغم من أن الهدف الرئيسي من هذا الدليل هو دعم القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية إلا أنه يتضمن مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية، وكذلك يتضمن المفاهيم الصحية الخاطئة السائدة في المجتمع وتصحيحها.

ومن منطلق الإيمان بحق المُسِنّ في الاستمتاع بحياة مستقلة وصحية، فقد استعرض الكتاب أهم المشكلات الصحية التي يعاني منها المُسِنّون، والمفاهيم المرتبطة بالارتقاء بجودة حياتهم، والخدمات التي تُقَدَّم لهم، وذلك من خلال رؤية توزعت في خمس وحدات، تشمل في مضمونها محاور الرعاية الصحية والدعم للمُسِنّين وللقائمين على تقديم الرعاية لهم.

وجاء هذا الدليل نتيجة مبادرة من منظمة الصحة العالمية بتكليف فريق العمل في تموز/يوليو 2011، وإتمام المسودة الأولى في كانون الأول/ديسمبر 2011، والمسودة الثانية في 2012، ثم دعا المكتب الإقليمي فريقاً من الخبراء من عدد من دول الإقليم لمشاورة إقليمية تمت في كانون الأول/ديسمبر 2013 بعد مراجعة المسودة، وقد أُخِذَت المقترحات والإضافات التي تمخضت عنها المشاورة الإقليمي بعين الاعتبار في المراحل التالية لإتمام العمل. ثم ساهم الأستاذ الدكتور نبيل قرنفل بكتابة فقرات قيّمة عن الشيخوخة وكبر السن في البلدان العربية، رسم فيها صورة حية للوضع في بلدان الإقليم.

ويعتبر هذا الكتاب دليلاً استرشادياً لجميع أفراد الفريق المعني بالرعاية الصحية للمُسِنّين بالرغم من اختلاف خبراتهم، فهو يلقي الضوء على مفهوم رعاية المُسِنّين، ويمهد لمستوى أعلى من القراءات المتخصصة. ويمكن الاستعانة بالدليل بمجمله أو بجزء منه لتلبية احتياجات القائمين على تقديم الخدمات للمُسِنّين. مما يساهم في تحسين مبادئ وسياسات رعاية المُسِنّين في القطاع الصحي.

وتكمن قيمة هذا العمل في مراعاة بساطة العرض، فقد بذل فيه المؤلفون والمراجعون جهداً كبيراً لاستخدام الألفاظ الشائعة والمفهومة، بدلاً من المصطلحات الطبية الغامضة، مع إضافة بعض المقابلات باللغة الإنجليزية، وإضافة مسرد للمصطلحات في نهاية الدليل، وإثبات قوائم بالمراجع الاسترشادية، واستحداث وتصميم عدد من الرسوم التوضيحية والملاحق التي تهدف إلى تسهيل التعامل مع الدليل، إلى جانب عدد من "الحالات للمناقشة" لتثبيت مبدأ التقييم الشامل والمشكلات المتعددة التي تحاكي حالات واقعية يمكن أن يتعرض لها القائمون على تقديم الخدمات، لإعطاء الفرصة للمتدرب لصقل المعرفة المكتسبة ببعض مهارات التفكير والاختبارات الذاتية، مع إضافة قصص نجاح من الواقع الإقليمي لدعم مبادىء الرعاية الصحية للمُسِنّين.

ويجدر التنويه بأن الملحق (12): الدليل العملي لمراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين: معايير تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، يستحق من المتدربين المزيد من الاهتمام لوضعه موضع الاستخدام في حياتهم العملية.

وقد حفل هذا الدليل ببعض النقاط التي تساعد صانعي القرار على توفير الخدمات بالصورة المثلى، ولا سيما أن مصادرها مستمدة من الإصدارات العلمية الرصينة المنشورة سابقاً، والذائعة الصيت في هذا المجال إقليمياً ودولياً.

والأمل معقود على أن يحقق هذا الدليل الأهداف المرجوة في تقديم الخدمات المتميزة للمُسِنّين وإضافة حياة لسنوات العمر.

المؤلفون

شكر وامتنان

يتقدم فريق العمل بخالص الشكر والتقدير لكل من ساهم في إخراج هذا العمل، ونخص بالذكر الدكتور سعيد أرناؤط منسق فريق أنماط الحياة الصحية والمستشار الإقليمي للصحة المهنية وصحة الفئات الخاصة في منظمة الصحة العالمية، وللسادة المستشارين في المنظمة الذين راجعوا المسودة الأولى وساهموا بمقترحات ثمينة أدّت إلى تحسين العمل، وللسادة المشاورين الذين شاركوا في المشاورة الإقليمية التي أقامتها منظمة الصحة العالمية في القاهرة في كانون الأول/ديسمبر 2013 ، وللأستاذ الدكتور نبيل قرنفل الذي أسهم في الفقرات القيّمة حول "الشيخوخة وكبر السنّ في البلدان العربية".

فريق العمل:

أستاذ دكتور سارة أحمد حمزة
أستاذ دكتور سعيد أرناؤط
أستاذ دكتور نبيل قرنفل
دكتور أحمد شوقي محمدين
دكتور إيمان أحمد اللباني
دكتور شيرين مصطفى موسى
دكتور ضحى رشيدي علي
دكتور ميسون العامود
دكتور عبد الرزاق أبيض
دكتور فهمى بهجت يوسف
دكتور منار مصطفى عادل
دكتور وفاء مصطفى عبد الجواد
مهندسة ميادة معروف الخولي

الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية
" الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين"

ملخص الوحدات

الوحدة الأولى

المبادئ الأساسِية في التَّشَيُّخ ورعاية المُسِنّين

يعتبر هذا الفصل مقدمة شاملة للدليل، حيث يتناول الأسس النظرية والسريرية (الإكلينيكية) التي بُنِيَ عليها طب المُسِنّين، وهو فرع من فروع الطب يعنى بالرعاية الصحية للمُسِنّين عن طريق علاجهم والحفاظ على صحتهم بغرض الارتقاء بجودة حياة المُسِنّين بصفة عامة، وهي الأسس التي تعتبر القواعد الثابتة في ممارسة أي مهنة لها علاقة بتقديم الرعاية الصحية للمُسِنّين.

ومن خلال هذه الوحدة استعرض المؤلفون التطور الديموغرافي العالمي، والزيادة المطردة في أعداد المُسِنّين والتي جعلت وجود خدمات صحية خاصة بهم ضرورة، ثم استعرضوا استعراضاً مبسطاً النظريات التي تفسر الشيخوخة والتغيرات الفيزيولوجية التي تصاحب التشيُّخ والتي جعلت للمُسِنّين خصوصية تقتضي تطوير النظرة الطبية لهم لتحقيق مبدأ التشيُّخ المفعم بالنشاط والذي أفردوا له فصلاً كاملاً لإبراز أهمية هذا المبدأ، ثم استعرضوا أهم خصائص التقييم الصحي للمُسِنّين، وما يميزه عن التقييم الصحي للشرائح العمرية الأصغر، وفريق العمل الذي يؤدي هذه الخدمة، وبعدها تطرّق المؤلفون إلى نبذة مختصرة عن أهم التشريعات التي توضح ضوابط رعاية المُسِنّين، ونماذج وأنواع الرعاية الصحية المتنوعة والتي تختلف اختلافاً كبيراً عن مستويات الرعاية الشائعة في المجتمع للفئات الأصغر عمراً.

وتعتبر الوحدة الأولى الركيزة الأساسية التي ترسي المبادىء العامة التي التزم بها المؤلفون في باقي الوحدات.

الوحدة الثانية

المشاكل الصحية لدى المُسِنّين

تلقي هذه الوحدة الضوء على المشاكل الصحية في المُسِنّين، باختيار 3 محاور أساسية: المحور الأول خاص بالأمراض الأكثر شيوعاً بين المُسِنّين، والأكثر تأثيراً على جودة الحياة، وعلى الحالة الوظيفية للمُسِنّين، والمفاهيم الخاطئة الأكثر انتشاراً. والمحور الثاني خاص بأهداف الرعاية الصحية الأولية بصفة عامة، والتي تدعم أهمية المسح الطبي، والتشخيص والتدخل المبكر، والتثقيف الصحي، ولذلك تم اختيار الأمراض التي تؤدي هذه الأهداف دوراً أساسياً في الوقاية منها وعلاجها. والمحور الثالث يتعلق بتبني مكافحة الأمراض الغير سارية مثل أمراض جهاز القلب والأوعية، والسكري، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي، باعتبار ذلك من أولويات منظمة الصحة العالمية على مستوى العالم في المرحلة القادمة.

واستعرض المؤلفون في كل فصل حجم المشكلة، وبعض التعريفات الأساسية، والمفاهيم الخاطئة الشائعة وتصحيحها، وعوامل الخطر، ودور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل المرض، وأهم رسائل التثقيف الصحي، ومؤشرات الإحالة إلى مستويات أخرى من الرعاية.

الوحدة الثالثة

اعتلالات ومتلازمات وأمراض شائعة بين المُسِنّين

توضح هذه الوحدة اعتلالات ومتلازمات وأمراض شائعة بين المُسِنّين، وهي الأمراض والمتلازمات الخاصة بهذه المرحلة العمرية، والتي يجب أن يكون العاملون في تقديم الرعاية الصحية الأولية على دراية كافية بها نظراً لخصوصيتها لدى المُسِنّين، ولأنها نادراً ما تحدث في الفئات العمرية الأخرى، ولما تمثله من أهمية من حيث انتشارها، ولتأثيرها السلبي على

المُسِنّ ذاته، وعلى الموارد الصحية والاجتماعية والاقتصادية للدول المختلفة، والدور الأساسي الذي يجب أن تؤديه الرعاية الصحية الأولية في الوقاية، والتشخيص المبكر والإحالة.

واستعرض المؤلفون بعض الأمراض المعروفة في الفئات العمرية المختلفة مع التأكيد على خصوصيتها لدى المُسِنّين والتركيز على المفاهيم الخاطئة الشائعة وتصحيحها، والتشخيص ووسائل العلاج المختلفة ودور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل المرض، وأهم رسائل التثقيف الصحي ومؤشرات الإحالة إلى مستويات أخرى من الرعاية، بالإضافة إلى المتلازمات الخاصة بالمُسِنّين والتي تتطلب معارف ومهارات خاصة يجب أن يكتسبها القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية لضمان القدرة على التعامل مع هذه الفئة العمرية وتقديم الخدمة الصحية بصورتها المثلى.

الوحدة الرابعة

استراتيجيات الدعم الصحي للمُسِنّين

تعرض هذه الوحدة العوامل التي تساهم في حفظ صحة المُسِنّين والارتقاء بجودة حياتهم في المسار الكامل لحياتهم، حيث تبدأ بعرض مفهوم حفظ الصحة وتعزيزها، وإلقاء الضوء على أهمية تثبيت هذا المفهوم لدى المُسِنّين والقائمين على رعايتهم، ثم يليه عرض لبعض العوامل التي من شأنها الحفاظ على صحة المُسِنّ، مثل التغذية وخصائصها وأهم متطلبات التغذية السليمة للمُسِنّين والاحتياطات التي يجب أن يتخذها المُسِنّ حتى لا يتعرض لمشكلات سوء التغذية.

يلي ذلك عرض لموضوعَيْ الإقلاع عن التدخين والنشاط البدني للمُسِنّين، وذلك كمثالين لوسائل الحفاظ على صحة المُسِنّ. ولما كانت جودة حياة المُسِنّ لا تقتصر في ارتباطها على حالته الصحية وإنما تتجاوز ذلك إلى الارتباط بالبيئة المناسبة للمُسِنّين، فقد عرض المؤلفون أهم خصائص التصميمات المناسبة للمُسِنّين، ثم مقدمة عن التقنيات الحديثة التي تساهم في رفع درجة الاعتماد على النفس أو الاستقلالية لدى المُسِنّين، وكيف أن تحقيق الاعتماد على النفس يقتضي تحقيق الصورة المثلى للتواصل مع المُسِنّين. كما أخذ المؤلفون في الاعتبار أيضاً حماية المُسِنّ من سوء المعاملة، وعلاج المشكلات التي يسببها الألم الحاد والمزمن، وكذلك مراعاة الاحتياطات التي ينبغي اتباعها مع بعض الحالات الخاصة، كالمُسِنّ الذي يعيش بمفرده والسائق المُسِنّ. وبذلك نستطيع القول أن هذه الوحدة توفر المعلومات اللازمة للرعاية الصحية الأولية للحفاظ على صحة المُسِنّ وعلى اعتماده على نفسه وللارتقاء بجودة حياته.

الوحدة الخامسة

إدارة برامج رعاية المُسِنّين

تناول المؤلفون في الوحدات السابقة أهمية توفير الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين ثم استعرضوا أهم المشكلات الصحية للمُسِنّين ومحاور الحفاظ على صحتهم، وحيث أن ذلك لا يتأتى إلا تحت مظلة منظومة علمية سليمة وجهاز إداري متكامل وتدريب مستمر لجميع القائمين على تقديم الرعاية الصحية، فإن المؤلفين استعرضوا في هذه الوحدة خطوات توفير الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين من خلال فصلٍ يتناول تخطيط البرامج المعنية بالمُسِنّين، وفصل آخر يتناول الدعوة والترويج الاجتماعي وإذكاء الوعي باحتياجات المُسِنّين، ثم استعرض المؤلفون أهم ملامح الرعاية الصحية للمُسِنّين، ونظم الإحالة المثلى بما يكفل تحقيقها بدون إهدار الوقت والطاقة البشرية. كما عرض المؤلفون أهمية المعلوماتية الطبية وخصائصها في رعاية المُسِنّين.

ثم إن تقديم الدعم للقائمين على رعاية المُسِنّين جزء أساسي من رعاية المُسِنّين مما دفع المؤلفين إلى عرض فصل كامل عن الدعم الاجتماعي للقائمين على رعاية المُسِنّين. ولما كانت عملية التقاعد الناجحة تعتبر مقدمة لمرحلة شيخوخة ناجحة، فقد استعرض المؤلفون موضوع التقاعد. كما استعرض المؤلفون في نهاية المطاف كيف يمكن حشد الموارد لتحقيق برامج الرعاية الخاصة بالمُسِنّين، واستعرضوا بعض الحالات العملية التي تشمل مشكلات متداخلة لترسيخ مبدأ التقييم الشامل وتعدد المشكلات.

الشيخوخة وكبر السن في البلدان العربية

الأستاذ الدكتور نبيل قرنفل

مقدمة

ازدادت البحوث المتعلقة بالشيخوخة وكبر السن في الدول العربية في إقليم شرق المتوسط ستة أضعاف مقارنةً بما كانت عليه قبل عام 1990، ومعظم هذه البحوث أجريت في الدول الميسورة نسبياً، وكانت الدراسات توصيفية Descriptive موجَّهة نحو تحديد معدلات الأمراض أو نسبة العوامل المرتبطة بمختلف أنواع المراضة والوفيات، وقد بلغت نسبة هذا النوع من الدراسات 88.7% من مجمل الدراسات في هذا الموضوع.

وبالرغم من الوضع الإقليمي المتأزم والمتضمن الحروب والنزاعات والتهجير والتدمير، فهنالك القليل من الدراسات حول وضع المُسِنّيْن في أزمات الطوارئ. كما أن نسبة التعاون مع المنظمات الدولية لإنجاز تلك الدراسات سجل 16.5% مقارنةً مع نسبة 4.2% فقط من التعاون بين باحثين من الإقليم. وبصورةٍ عامة، كانت هذه الدراسات مرتبطة بنسبة الأمية ومستوى التعليم، والناتج القومي[1].

وأظهرت دراسة أجريت مؤخراً بأن الإدارات الرسمية، مثل وزارة الصحة واللجان الطبية، تلعب دوراً أساسياً في إنتاج الدراسات والمعرفة، لا سيما ما يتعلق منها بالسياسات الصحية والاجتماعية وبالبرامج المتعلقة بالمُسِنّيْن[2].

الوضع السكاني في الدول العربية، والتحوُّل إلى الشيخوخة

اختلف الوضع السكاني في الدول العربية في العقود الأربعة الماضية، بسبب الانخفاض في معدلات الخصوبة والوفيات والأسباب العديدة لهجرة الشباب سعياً إلى العمل أو إلى غدٍ أفضل أو بسبب النزاعات والحروب، فقد أدت جميع هذه العوامل، ولا زالت تؤدي، إلى ارتفاع نسبة المُسِنّيْن في التركيبة السكانية في كل دول المنطقة، ولو بوتيرةٍ مختلفة.

فعلى مستوى الدول العربية كافة انخفض معدل الخصوبة من 6.1 مولود لكل 1000 سيدة في مرحلة الخصوبة في الفترة ما بين 1980 - 1985 إلى 3.4 في الفترة ما بين 2010 و2015، وازداد معدل مأمول الحياة عند الولادة من 58.2 عام إلى 68.5 بين 1980 و2015، أما الزيادة السنوية للتعداد السكاني في الدول في الفترة ما بين 1980 و2015 فكانت 2.45% سنوياً. وبذلك زاد التعداد السكاني من 166 مليون نسمة عام 1980 إلى 392 مليون شخص يقيمون في الدول العربية عام 2015 (راجع الجداول المرفقة أدناه).

وقد أدَّت هذه العوامل كلها إلى ارتفاع نسبة الشريحة العمرية لمن هم فوق سن 65 من 3.6% عام 1980 إلى 4.3% عام 2015، علماً بأن مدى هذا المؤشر يتراوح بين 1.1% في دولة الإمارات العربية المتحدة ودولة قطر إلى 8.1% في لبنان و7.6% في تونس.

[1] Landscape of Research on Older Adults' Health in the Arab Region: Is It Demography-Driven or Development-Dependent? Abla Mehio Sibai, Anthony Rizk, [2] A survey of knowledge-to-action pathways of aging policies and programs in the Arab region: the role of institutional arrangements; Anthony Rizk, Nabil M. Kronfol, Suzanne Moffatt, Shahaduz Zaman, Souha Fares and Abla Mehio Sibai ; *Implementation Science*201510:170 ; DOI: 10.1186/s13012-015-0360-8

[2] A survey of knowledge-to-action pathways of aging policies and programs in the Arab region: the role of institutional arrangements; Anthony Rizk, Nabil M. Kronfol, Suzanne Moffatt, Shahaduz Zaman, Souha Fares and Abla Mehio Sibai ; *Implementation Science*201510:170 ; DOI: 10.1186/s13012-015-0360-8

وتختلف هذه المؤشرات بين الدول العربية. فإذا تمَّ توزيع الدول العربية إلى أربعة مجموعات كالتالي:

المجمـوعـات	عدد السكان بالملايين عام 1980	عدد السكان بالملايين عام 2015
المجموعة الأولى (الدول الأقـل يسـراً)	31	84
المجموعة الثانية (دول مجلس التعاون)	14	53
المجموعة الثالثة (دول المشرق العربي)	72	165
المجموعة الرابعة (دول المغرب العربي)	49	92
المجموع الكلي (لكل الـدول العربيـة)	166	390

وبذلك يتضح وجود تفاوت كبير في التعداد السكاني، ومعدلات النمو السنوية، وتوقعات العمر عند الولادة، والزيادة السنوية للسكان بين الدول العربية.

وبالرغم من هذه التطورات الديموغرافية تبقى نسبة المُسِنّيْن قليلة في الدول العربية مجتمعة. فرغم أنها تصل إلى7.6% في تونس للفئة العمرية فوق سن 65، فهي تبقى أقل من 5% في الدول العربية مجتمعة، أما من تجاوز سن 80، فالنسبة أقل من 1%.

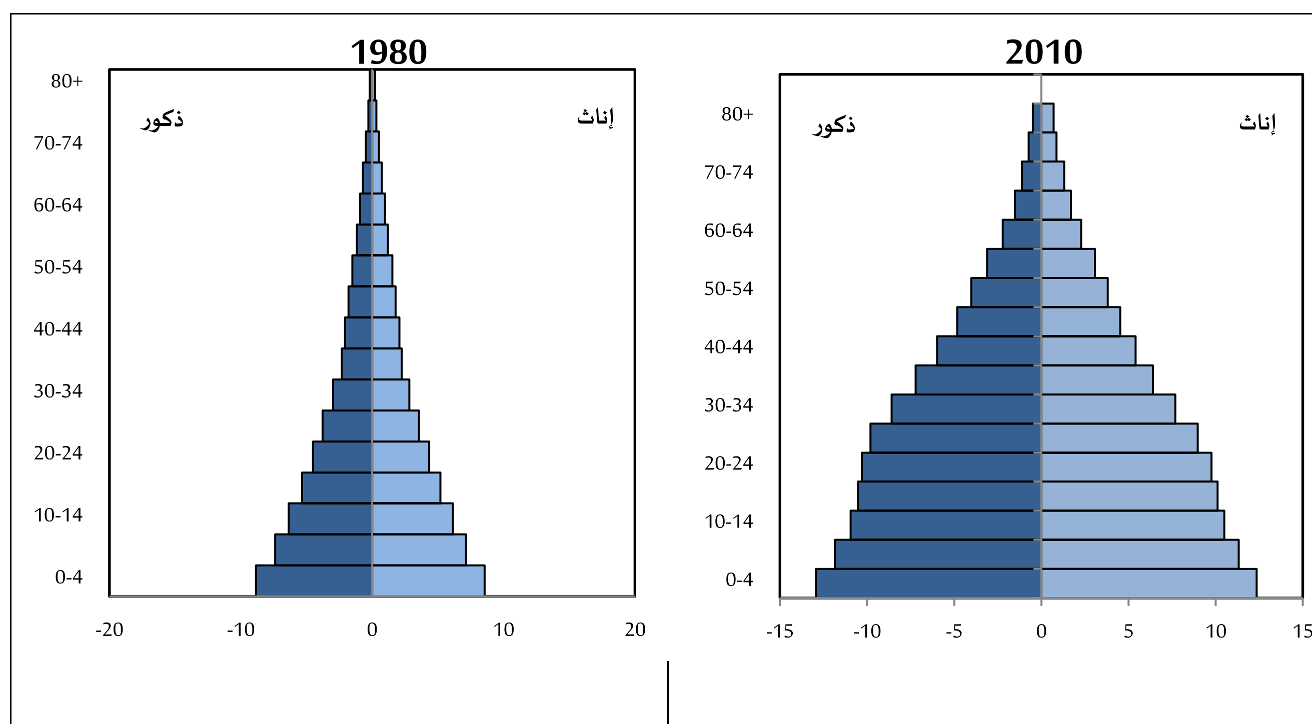
ولكن بحلول عام 2050 ستكون نسبة الذين فوق سن 65 سنة 11%، وهي تختلف بين 6% في الدول العربية الأقل يسراً إلى 15% في العديد من الدول الأخرى، وقد تصل إلى 23% في لبنان، و20% في تونس. أما الفئة فوق سن 80 فستصل إلى 2% إجمالاً، وإلى 7% في لبنان، لأن مأمول الحياة لدى الولادة سيكون الأعلى.

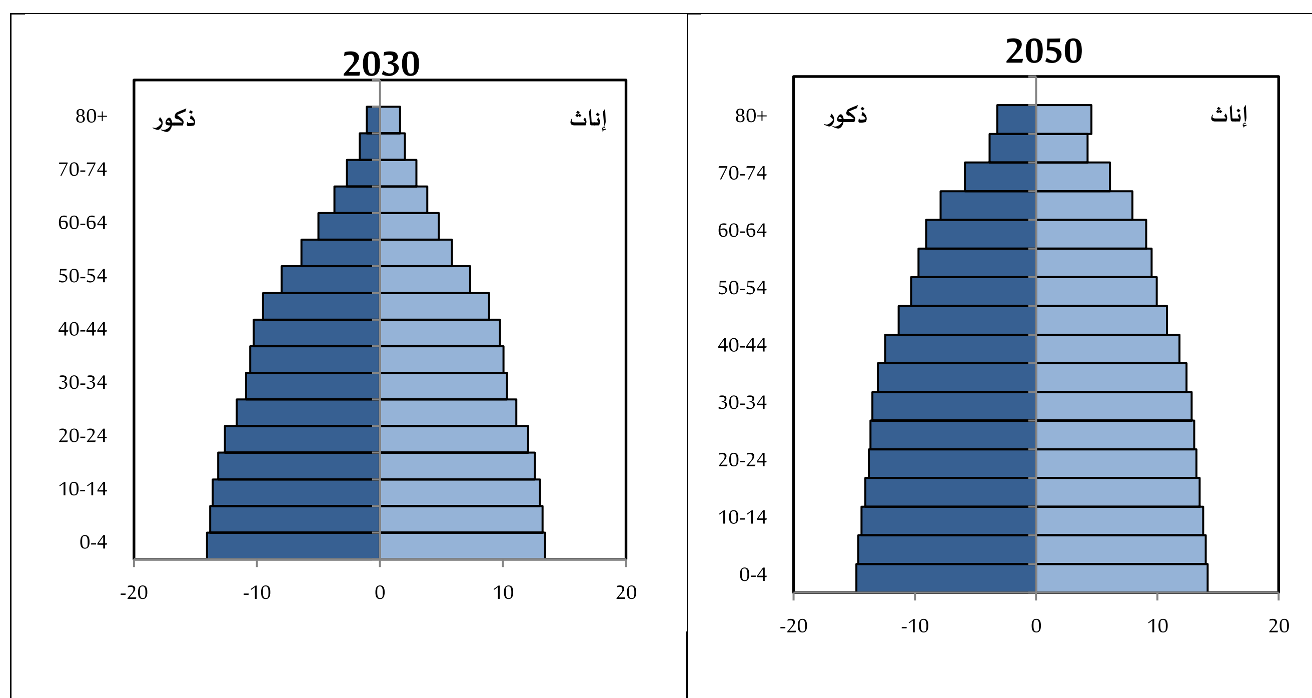
ولا بدَّ في هذا المجال أيضاً الانتباه إلى زيادة نسبة الفئة العمرية فوق 80 سنة في العقود القادمة من 0.4% عام 1980 إلى 0.7% عام 2015 وإلى 2% بحلول العام 2050، أي 5 أضعاف النسبة بين هاتين الفترتين من الزمن، وهذه الزيادة تتزامن مع زيادة مقدارها ثلاثة أضعاف فقط في الشريحة السكانية فوق 65 سنة، ومن المتوقع أن تشكل الإناث القسم الأكبر من هذه الشريحة العمرية. (راجع الجدول أدناه)

نسبة المُسِنّيْن في الدول العربية في الفترة 1980-2010 وتقديراتها للفترة 2030-2050

نسبة المُسِنّيْن فوق 65 سنة			نسبة المُسِنّيْن فوق 80 سنة			
ذكور	أناث	المجموع	ذكور	أناث	المجموع	
1980	3.2	3.6	3.4	0.4	0.4	0.4
2010	3.6	4.6	4.1	0.5	0.7	0.6
2020	6.1	7.3	6.7	6.7	1.2	0.6
2050	11.2	12.6	11.9	1.7	2.5	2.1

(Source: World Population Prospects. 2010)



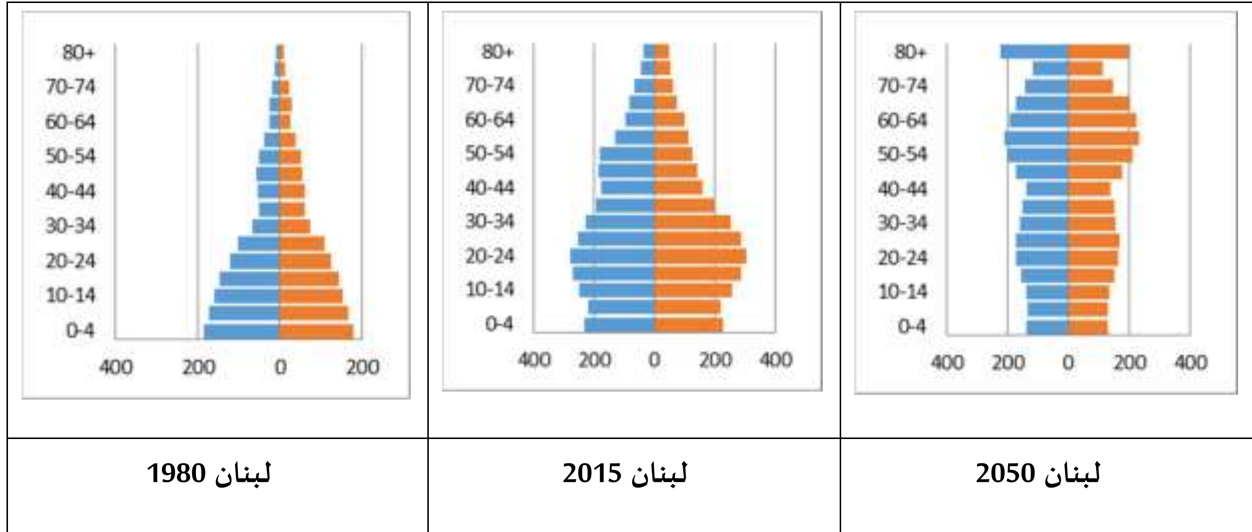


الهرم السكاني في الدول العربية

المصدر: *World Population Prospects. 2010 Revision.*

الوضع السكاني الديمغرافي في لبنان

أدى انخفاض معدلات الخصوبة والوفاة في لبنان منذ أربعة عقود إلى زيادة نسبة المُسِنّيْن لتتجاوز 8.0% من مجموع التعداد السكاني، ورغم هذه التحولات لم يتم استحداث سبل أو تشريعات لدعم المُسِنّيْن لتأمين معاش تقاعدي، أو وسائل دعم مادي أخرى، أو تأمين صحي أو مساعدات للرعاية المنزلية والاجتماعية، مما زاد من اعتماد المُسِنّيْن على أسرهم للعناية بهم.[3] [4]



المصدر: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2015 Revision (New York. 2015. DVD Edition).

التحوُّل الدولي في مجال الشيخوخة

بدأ الاهتمام الدولي بالمُسِنّيْن والشيخوخة منذ السبعينيات من القرن الماضي، إذ أصبح واضحاً للدول الأوروبية بأن نسبة المُسِنّيْن آخذة بالارتفاع التدريجي، بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وطالت أعمار السكان الذين كانوا ذاقوا الأمرين من الحروب، وحصل هذا التحوُّل ضمن مرحلة زاد فيها الاهتمام بالقضايا الحياتية والصعوبات الاجتماعية في تلك الفترة.

تنادت الدول الغربية من خلال الأمم المتحدة إلى المؤتمر الأول للشيخوخة **في مدينة فيينا**[5] **عام 1982** وكان هذا المؤتمر هو المؤتمر الأول الذي ركَّز على التحوُّل الديموغرافي والزيادة الديموغرافية للمُسِنّيْن.

ثم تم عقد **المؤتمر الدولي للسكان والتنمية** في فيينا عام 1994، فأطلق برنامج عمل دولي يتركز على مبدأ أن المُسِنّيْن مكوِّن قيّم ومهم من مكوّنات الموارد البشرية في المجتمع. واعتمد المؤتمر منظوراً يراعي النوع الاجتماعي في البرامج والسياسات. ونادى المؤتمر إلى "وضع نظم للرعاية الصحية علاوة على نظم للضمان الاقتصادي والاجتماعي عند الشيخوخة، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات المرأة" [6].

اعتمدت **الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة** التي انعقدت في مدريد في نيسان/أبريل 2002 الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. وقد حدَّدت الخطة اتجاهات وأهدافاً ذات أولوية لتحسين نوعية حياة المُسِنّيْن، وتوصيات خاصة بالنوع الاجتماعي تتضمَّن الأهداف التالية: (أ) إزالة "أوجه التفاوت الاقتصادي والاجتماعي القائمة على أساس السن أو الجنس أو أي أسبابٍ أخرى بما في ذلك الحواجز اللغوية، مما يؤمن استفادة جميع المُسِنّيْن من الرعاية الصحية على قدم المساواة مع الآخرين"، (ب) "دعم دَوْر المُسِنّيْن، ولا سيما المُسِنّات، في تقديم الرعاية" [7].

---

[3] Abyad, A. (2001). Health care for older persons: A country profile--Lebanon. Journal of the American Geriatrics Society, 49(10), 1366-1370

[4] Sibai, A. M., Sen, K., Baydoun, M., & Saxena, P. (2004). Population ageing in Lebanon: Current status, future prospects and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization, 82(3), 219-225

[5] http://www.un.org/arabic/esa/ageing/1stageing.html
تاريخ الزيارة 21 أيار/مايو 2017.

[6] - الأمم المتحدة، برنامج عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، أيلول /سبتمبر 2004.

[7] - الأمم المتحدة، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، الإعلان السياسي وخطة العمل الدولية المتعلقة بالشيخوخة، نيويورك، شباط/فبراير 2003.

أما **خطة العمل العربية للمُسِنّين** لعام 2012 فقد دعت البلدان الأعضاء إلى تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة على الصعيد الإقليمي[8]، وتركز بنود الخطة وتوصياتها على ثلاثة مجالات ذات أولوية، وهي: (أ) التنمية في عالم يتجه نحو الشيخوخة، (ب) توفير الصحة والرفاه في سن الشيخوخة، (ج) تهيئة بيئة تمكينية وداعمة لجميع الأعمار. كذلك، تشدِّد الخطة على جملة أمور منها المسائل والأهداف التالية: (أ) المشاركة النشطة في المجتمع وفي التنمية، (ب) ضمان الدخل والعيش الكريم للمُسِنّات والمُسِنّيْن، (ج) تأمين الرعاية الصحية للمُسِنّات والمُسِنّيْن على قدم المساواة ومن دون تمييز. وتسلط الخطة أيضاً الضوء على مسائل تتصل بالمُسِنّات، ومنها "دمج قضايا المرأة المُسِنّة في صلب برامج التنمية الاجتماعية" و"وضع برامج خاصة بالمُسِنّات تؤمن لهن مستوى من العيش الكريم" [9].

وكان إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية قد ركز على قضايا المُسِنّيْن منذ العام 1999، وفي عام 2005 أيضاً، فكان من أوائل المنظمات التي نادت بالاهتمام بهذه الفئة العمرية، كما دعت إلى اعتماد سلوكيات صحية عند الفئات العمرية الشابة والبالغين للوصول إلى شيخوخةٍ صحية تخلو من الأمراض المزمنة على أنواعها.

الإجراءات التي اعتمدتها الدول الأعضاء

بناء على ما تقدَّم من اهتمامٍ دولي وإقليمي، اعتمدت معظم الدول العربية نظماً وبرامج لمواكبة التحوُّل الديمغرافي وتأمين البيئة السليمة للمُسِنّيْن، ونذكر هنا بعض الإجراءات:

1. إنشاء لجان وطنية تُعنى بالمُسِنّيْن

تضم هذه اللجان الوطنية ممثلين عن القطاعين العام والخاص، ومنظمات المجتمع المدني وخبراء من الجامعات، يترأسها عادةً وزير الشؤون الاجتماعية (وفي بعض الدول وزير الصحة العامة، كما في الجمهورية العربية السورية). وفي بعض الدول، تعمل هذه اللجان الوطنية في إطار المجلس الأعلى للأسرة (كما في دولة قطر).

2. رسم سياسات للشيخوخة

دفعت المبادئ الأساسية لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وخطة العمل العربية للمُسِنّين البلدان الأعضاء إلى رسم خطوطٍ توجيهية للسياسات بهدف صياغة خطط عمل وطنية وبدء العمل بها، وقد أنجزت هذه العملية في عددٍ من الدول، وتقوم بلدان أخرى بتنفيذ الخطط أو البرامج التي تستند إلى البنود الموجودة في السياسات الوطنية العامة.

دأبت بلدان عديدة على ترجمة الأهداف العالمية لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة إلى إجراءاتٍ مؤاتية للحالة الاجتماعية والثقافية للمُسِنّين في المنطقة. ولا يزال توفير الرعاية للمُسِنّين يعتمد بشكلٍ عام نهجاً قائماً على الرفاه وموجهاً نحو الخدمات، وليس نهجاً إنمائياً أو مرتكزاً على حقوق الإنسان وعلى المشاركة، وبالتالي فإن التقدم الذي تم إحرازه في صياغة سياسة وطنية للمُسِنّين كان ضئيلاً، وغالباً ما تنطوي السياسات والبرامج العامة القائمة في بلدان عديدة أعضاء في منظمة الصحة العالمية على خطط وأنشطة ومشاريع غير منسقة تستهدف المُسِنّيْن.

3. صياغة التشريعات

تحرص بعض البلدان الأعضاء على صياغة تشريعات جديدة أو تحسين تشريعاتها القائمة ذات الصلة، وتتضمَّن الأنشطة المتعلقة بذلك ما يلي:

(أ) إصدار ما يلزم من رخص وتعليمات بشأن الضرائب لإنشاء الدُّور والنوادي للمُسِنّين.
(ب) العمل على تقديم خدمات التأمين الصحي للمُسِنّين المحتاجين.
(ج) توسيع نطاق خدمات الرفاه لتغطي الإعاقة التي تسببها الشيخوخة.
(د) وضع المشاريع اللازمة لتنفيذ قانون جديد للمعاشات التقاعدية.
(هـ) تحسين صناديق المعاشات التقاعدية وخطط الضمان الاجتماعي.

---

[8] - أعدَّت الإسكوا مسودة خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2012، التي اعتمدتها البلدان الأعضاء خلال الإجتماع العربي التحضيري للجمعية العالمية الثانية للشيخوخة (بيروت، 5-8 شباط/فبراير 2002).

[9] - الإسكوا، خطة العمل العربية للمسنين حتى عام 2012 (E/ESCW/A/SD/2002/WG.1/8) ص 28.

4. التدريب والبيانات والبحوث

- ✓ تدرك بلدان المنطقة أهمية تنظيم برامج تدريبية لتعزيز وتطوير مستوى المهارات للعاملين في دور رعاية المُسِنّيْن.
- ✓ دعوة الجامعات والكليات إلى تدريب الأطباء وفريق التمريض والمساعدين الاجتماعيين والقائمين على تقديم الخدمات.
- ✓ صياغة معايير لرعاية المُسِنّيْن واعتمادها من قبل دور المُسِنّيْن.
- ✓ الطلب من الجامعات والمؤسسات الأكاديمية القيام بالدورات والبحوث، لا سيما تلك المتصلة بالصحة والأوضاع الاجتماعية.
- ✓ العمل على رفع مستوى الوعي لدى كافة أفراد المجتمع، وكافة الفئات العمرية.
- ✓ العمل على توفير الدعائم والأركان الرئيسية للمدن والبلدان الصديقة للمُسِنّيْن، بالتعاون مع البلديات والمجتمع المدني.
- ✓ الاحتفال باليوم العالمي للمُسِنّيْن، وعند الجد والجدة في بعض البلدان.

والأهم من كل هذا، هو اعتماد إجراءات مبنية على مبدأ حقوق المُسِنّيْن واحترامهم ومشاركتهم، والاعتماد على قدراتهم، والتأكيد على ثقافة الاحترام والمشاركة، ومكافحة كافة أنواع الإساءة وسوء المعاملة.

الجدول رقم 1 : التعداد السكاني للدول العربية
في الفترة 1980 - 2050 (بالآلاف)

الدولة /المجموعة	التعداد السكاني (بالآلاف)			
	1980	**2000**	**2015**	**2050 تقدير**
جزر القمر	309	548	788	1.502
جيبوتي	359	723	888	1.186
موريتانيا	1.534	2.711	4.068	8.049
الصومال	6.090	7.385	10.787	27.030
السودان	14.418	28.080	40.235	80.284
اليمن	8.059	17.795	26.832	47.170
المجموعة الأولى	**30.769**	**57.242**	**83.598**	**165.222**
البحرين	360	667	1.377	1.822
الكويت	1.384	1.929	3.892	5.924
عُمان	1.154	2.239	4.491	5.844
قطر	224	593	2.235	3.205
المملكة العربية السعودية	9.741	19.895	31.015	45.056
الإمارات العربية المتحدة	1.017	3.050	9.157	12.789
المجموعة الثانية	**14.052**	**29.872**	**52.693**	**75.643**
مصر	43.370	68.335	91.508	151.111
العراق	13.653	23.575	36.423	83.652
الأردن	2.281	4.767	7.595	11.717
لبنان	2.605	3.235	5.857	5.610
فلسطين	1.509	3.224	4.668	9.791
الجمهورية العربية السورية	8.956	16.354	18.502	34.902
المجموعة الثالثة	**72.375**	**119.490**	**164.548**	**296.783**
الجزائر	19.338	31.184	39.667	56.461
ليبيا	3.191	5.337	6.278	8.375
المملكة المغربية	20.072	28.951	34.378	43.696
تونس	6.368	9.699	11.254	13.476
المجموعة الرابعة	**48.969**	**75.171**	**91.576**	**122.008**
المجموع الكلي	**166.164**	**281.775**	**392.414**	**659.656**

الجدول رقم 2: معدلات الخصوبة لدى الإناث في الدول العربية في الفترة 1980 - 2050

الدولة /المجموعة	1980	2000	2015	2050 تقدير
جزر القمر	7.1	5.6	4.6	2.9
جيبوتي	6.3	4.8	3.3	2.1
موريتانيا	6.3	5.6	4.7	3.1
الصومال	7.1	7.7	6.6	3.8
السودان	6.6	5.6	4.5	2.8
اليمن	8.8	6.8	4.4	2.2
المجموعة الأولى	**7.3**	**6.2**	**4.7**	**2.8**
البحرين	4.6	2.9	2.1	1.7
الكويت	5.0	3.0	2.2	1.9
عُمان	8.3	4.5	2.9	1.7
قطر	5.5	3.5	2.1	1.7
المملكة العربية السعودية	7.14	4.4	2.4	2.1
الإمارات العربية المتحدة	5.2	3.0	1.8	1.6
المجموعة الثانية	**6.7**	**4.2**	**2.6**	**1.8**
مصر	5.5	3.4	3.4	2.4
العراق	6.4	5.2	4.6	3.2
الأردن	7.0	4.3	3.5	2.2
لبنان	3.7	2.4	1.7	1.7
فلسطين	7.0	5.8	4.3	2.7
الجمهورية العربية السورية	6.8	4.3	3.0	1.9
المجموعة الثالثة	**5.8**	**3.9**	**3.6**	**2.5**
الجزائر	6.3	2.9	2.9	2.0
ليبيا	6.7	3.3	2.5	1.8
المملكة المغربية	5.4	3.0	2.6	1.9
تونس	4.8	2.3	2.2	1.8
المجموعة الرابعة	**5.8**	**2.9**	**2.7**	**1.9**
المجموع الكلي	**6.1**	**4.0**	**3.4**	**2.4**

الجدول رقم 3 : مأمول الحياة عند الولادة (بالسنوات للرجال) في الدول العربية في الفترة 1980 -2050

الدولة /المجموعة	1980	2000	2015	2050 تقدير
جزر القمر	50.7	57.8	61.2	68.3
جيبوتي	53.2	55.4	60.0	66.1
موريتانيا	54.4	58.3	61.3	65.5
الصومال	44.0	48.3	53.3	63.4
السودان	53.0	55.5	61.6	67.9
اليمن	51.5	58.5	62.2	67.3
المجموعة الأولى	**51.0**	**55.6**	**60.7**	**66.9**
البحرين	69.4	73.2	75.6	80.6
الكويت	69.4	72.2	73.3	77.0
عُمان	60.2	68.2	74.7	83.2
قطر	72.5	75.1	77.1	83.2
المملكة العربية السعودية	63.3	70.1	72.7	79.4
الإمارات العربية المتحدة	67.6	72.7	76.0	82.5
المجموعة الثانية	**64.4**	**70.6**	**74.0**	**79.4**
مصر	57.7	65.6	68.7	74.6
العراق	53.0	66.5	67.0	71.5
الأردن	65.9	70.0	72.2	77.4
لبنان	66.7	71.7	77.1	85.6
فلسطين	62.8	68.7	70.7	76.2
الجمهورية العربية السورية	66.3	70.3	64.0	72.1
المجموعة الثالثة	**58.6**	**66.8**	**68.2**	**73.8**
الجزائر	60.1	67.7	72.1	79.9
ليبيا	63.9	68.7	68.8	74.2
المملكة المغربية	58.1	66.0	72.6	79.5
تونس	62.8	70.1	72.3	78.2
المجموعة الرابعة	**59.9**	**67.4**	**72.1**	**79.2**
المجموع الكلي	**58.2**	**65.2**	**68.5**	**73.8**

الجدول رقم 4: نسبة الزيادة السكانية في الدول العربية في الفترة 1980 - 2050

الدولة /المجموعة	نسبة الزيادة السكانية
جزر القمر	2.48
جيبوتي	3.22
موريتانيا	2.65
الصومال	1.21
السودان	2.49
اليمن	3.57
البحرين	2.84
الكويت	2.65
عُمان	3.01
قطر	6.27
المملكة العربية السعودية	-
الإمارات العربية المتحدة	5.21
مصر	2.15
العراق	2.71
الأردن	3.6
لبنان	1.44
فلسطين	3.67
الجمهورية العربية السورية	3.08
الجزائر	2.13
ليبيا	2.55
المملكة المغربية	1.7
تونس	1.6
المجموع الكلي	**2.45**

الجدول رقم 5: نسبة المُسِنّين ممن تجاوز 65 عاماً في الدول العربية في الفترة 1980 - 2050

الدولة /المجموعة	1980	2015	2050 تقدير
جزر القمر	3.1	2.8	5.9
جيبوتي	2.4	4.2	10.1
موريتانيا	2.9	3.2	5.9
الصومال	3.3	2.8	3.3
السودان	2.9	3.3	6.1
اليمن	2.8	2.8	6.0
المجموعة الأولى	3.0	3.1	5.6
البحرين	2.1	2.4	17.2
الكويت	1.6	2.0	13.8
عُمان	2.7	2.6	17.9
قطر	1.5	1.2	13.8
المملكة العربية السعودية	2.6	3.8	16.7
الإمارات العربية المتحدة	1.5	1.1	16.3
المجموعة الثانية	**2.7**	**2.4**	**15.5**
مصر	4.6	5.2	10.4
العراق	4.1	3.1	5.9
الأردن	3.2	3.8	11.4
لبنان	5.4	8.1	23.3
فلسطين	2.3	3.0	6.9
الجمهورية العربية السورية	2.9	4.1	11.5
المجموعة الثالثة	**4.2**	**4.6**	**9.4**
الجزائر	3.4	5.9	16.9
ليبيا	2.8	4.5	16.1
المملكة المغربية	3.3	6.2	17.3
تونس	3.9	7.6	19.6
المجموعة الرابعة	**3.4**	**6.1**	**17.3**
المجموع الكلي	**3.6**	**4.3**	**10.6**

الجدول رقم 6: نسبة المُسِنّيْن ممن تجاوز 80 عاماً في الدول العربية
في الفترة 1980 - 2050

الدولة /المجموعة	1980	2015	2050 تقدير
جزر القمر	0.3	0.3	0.7
جيبوتي	0.2	0.5	1.5
موريتانيا	0.2	0.4	0.7
الصومال	0.3	0.3	0.4
السودان	0.3	0.4	0.9
اليمن	0.3	0.3	0.6
المجموعة الأولى	**0.3**	**0.4**	**0.7**
البحرين	0.2	0.3	3.3
الكويت	0.2	0.2	1.9
عُمان	0.2	0.4	3.5
قطر	0.3	0.1	3.1
المملكة العربية السعودية	0.3	3.0	
الإمارات العربية المتحدة	0.1	0.1	4.1
المجموعة الثانية	**0.3**	**0.4**	**3.0**
مصر	0.6	0.8	1.8
العراق	0.4	0.5	0.8
الأردن	0.5	0.5	2.0
لبنان	0.7	1.5	7.5
فلسطين	0.3	0.4	1.2
الجمهورية العربية السورية	0.4	0.7	2.0
المجموعة الثالثة	**0.5**	**0.7**	**1.6**
الجزائر	0.4	1.2	3.9
ليبيا	0.3	0.7	2.8
المملكة المغربية	0.4	1.1	4.1
تونس	0.4	1.6	4.8
المجموعة الرابعة	**0.4**	**1.2**	**4.0**
المجموع الكلي	**0.4**	**0.7**	**2.0**

بعض الأمراض التي يشكو منها المُسِنّون في الدول العربية

التغذية

حازت تغذية المُسِنّيْن على الاهتمام الأكبر من الدراسات التي ركزَّت على الأوضاع الصحية، لا سيما سوء التغذية وأهمية التصدي لمكافحته في تعزيز صحة المُسِنّيْن.

ففي دراسةٍ حديثة تناولت 1200 شخص ممن تجاوزوا عمر الخمسة والستين من المناطق الريفية في لبنان، برزت الوحدة والانكماش الاجتماعي من العوامل الرئيسية لسوء التغذية في هذه الشريحة العمرية[10].

كما أظهرت دراسة أخرى تناولت أوضاع 111 مُسِناً ضمَّتهم 3 من دور الرعاية في بيروت عام 2012، بأن 12.6% منهم يشكون من سوء التغذية، وأن 48.7% هم أيضاً على حافة سوء التغذية، وتشير هذه الدراسة بأن الاكتئاب وانعدام النشاط البدني هي كلها من بعض مسببات سوء التغذية، وكذلك بالنسبة لدورها في زيادة الوهن وقوة الإدراك لدى المُسِنّيْن[11]، وقد أكدَّت دراسة أخرى هذا الارتباط بين التغذية وانخفاض القوة الذهنية لدى المُسِنّيْن[12]. أما بالنسبة للعلاقة بين سوء التغذية وقياسات الوهن، فقد أظهرت دراسة معدلات الوهن أنها بين 30.4% و36.4%[13].

ففي دراسة عامل **Amel**، كان معدل سوء التغذية 8% بين هذه المجموعة السكانية، وهي أعلى عند النساء، كما أن مستوى التعليم والوضع المالي، والأمراض المزمنة، والوهن، وضعف المقدرة والاكتئاب، والإدراك، كلها كانت معدلاتها أعلى عند النساء[14].

كما بَيَّنت دراسة مقارنة بين المُسِنّيْن المقيمين في 4 دور لرعاية للمُسِنّين، وبين عدد مماثل يقيمون في منازلهم بأن المُسِنّيْن الذين بقوا في منازلهم لديهم معايير أفضل بالنسبة للوضع الغذائي، وبأن المُسِنّيْن المقيمين في دور الرعاية يتناولون قسطاً أكبر من الدهون وقسطاً أقل من المواد الليفية، كما أن فحوصات مستويات الزنك والمغنزيوم وألفا-توكوفيرول والفيتامينات A وB والبيرودوكسين فهي وإن كانت منخفضة في المجموعتين، فمعدلاتها منخفضة أكثر عند المقيمين في دور الرعاية، كما أن هؤلاء يشكون من فقر الدم ومستوى أقل من الألبومين، أما الذين يقيمون في منازلهم فمعدلات السمنة أعلى عندهم، ومستوى تناول الكالسيوم أدنى[15].

كما بينت دراسة أخرى، بأن معدلات سوء التغذية هي أعلى عند الذين تجاوزت أعمارهم 85 سنة، لا سيما النساء الأرامل والأميَّات، وذوات الدخل المالي الأدنى، كما بيَّنت بأن الوضع الصحي ومعدلات التغذية، هي أسوأ عند الذين يشكون من ثلاثة أمراض مزمنة أو أكثر والذين يتناولون ثلاثة أدوية أو أكثر، والذين يشكون من آلامٍ مزمنة، والذين يشكون من سوء صحة الفم ولأسنان، كما أن معدلات الاكتئاب والضعف الذهني، فكانت مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسوء التغذية[16]. Boulos et al. 2013)

وأجريت دراسة شملت 130 مريضاً قطرياً من المقيمين في دُور الرعاية، وممن كانت أعمارهم بين 65 و90 عاماً، وكانت فترة إقامتهم في هذه الدُّور لا تقل عن ستة أشهر قبل الدراسة، دلَّت هذه الدراسة بأن 21.3% من هؤلاء النزلاء قد خسروا أكثر من 10% من وزنهم مقارنةً بوزنهم عند دخولهم المؤسسة، كذلك فإن وزن 38.9% منهم هو أقل من الحد الأدنى من منسب كتلة الجسم، وبأن 38.6% منهم لديهم منسب كتلة الجسم أقل من 21 ، وأن 27.1% منهم لديهم عيار الألبومين أقل

[10] Boulos, C., Salameh, P., & Barberger-Gateau, P. (2016). Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatrics & Gerontology International

[11] El Zoghbi, M., Boulos, C., Awada, S., et al. (2014) Prevalence of malnutrition and its correlates in older adults living in long stay institutions situated in Beirut, Lebanon. Journal of Research in Health Sciences, 14(1).

[12] El Zoghbi, M., Boulos, C., Al Hajje, A., Saleh, N., Awada, S., Rachidi, S., Bawab, W. and Salameh, P. (2013). Associations between cognitive function and nutritional status in elderly: A cross-sectional study in three institutions of Beirut – Lebanon. Geriatric Mental Health Care. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.gmhc.2013.04.007.

[13] Boulos, C., Salameh, P., Barberger-Gateau, P. (2015). Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. Clinical Nutrition. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.008

[14] Boulos, C., Salameh, P., Barberger-Gateau, P. (2013) The AMEL Study, a cross sectional population-based survey on aging and malnutrition in 1200 elderly Lebanese living in rural settings: protocol and sample characteristics. BMC Public Health, DOI:10.1186/1471-2458-13-573.

[15] Sibai, A. M., Zard, C., Adra, N., Baydoun, M., & Hwalla, N. (2003). Variations in nutritional status of elderly men and women according to place of residence. Gerontology, 49(4), 215-224

[16] Boulos, C., Salameh, P., Barberger-Gateau, P. (2013) Factors associated with poor nutritional status among community dwelling Lebanese elderly subjects living in rural areas: results of the AMEL study. The journal of nutrition, health and aging.

من 34 غرام/لتر وأن 18.6% لديهم عيار الكولسترول الكلي أقل من 140 mg/dl. وكل هذه المؤشرات تدل على سوء التغذية عند نزلاء دُور الرعاية **في قطر**، مما يتطلَّب إجراءات تتعلق بالتغذية في هذه الدُور[17] (Abdel Momen Hasan et al. 2016)

كما تشير دراسة أخرى من مصر تناولت نزلاء دُور الرعاية إلى أن الضَّعف في القدرات الذهنية قد يكون مرتبطاً بسوء التغذية[18] (Shawki Khater et al 2011).

أما في سلطنة عُمان، فإن دراسة أجريت عام 2010 تشير بأن 45% من المُسِنّيْن لديهم عوارض السمنة، كما أن معلومات المُسِنّيْن حول التغذية والنشاط البدني، واستهلاك السوائل ومشتقات الحليب ضعيفة جداً[19] (Al Riyami. 2010).

وتشير دراسة من إيران بأن 42.7% من المُسِنّيْن يتمتعون بوضعٍ غذائي جيد، وأن 12% منهم يعانون من سوء التغذية وأن 45.3% منهم معرضون لسوء التغذية، كما أظهرت هذه الدراسة بأن سوء التغذية وخطر حدوثها هي أعلى عند النساء 13% منها عند الرجال 10.8%، وأنها تبلغ بين القاطنين في المناطق الريفية 14.8% وبين القاطنين في الحضر 9.9% ، وأنها بين ذوي المستوى التعليمي الأولي 13.3%، وبين المتعلمين 6.9%، وأنها بين الذين يعيشون بمفردهم 17.7%، وبين الذين يعيشون مع أسرهم 10.3%، وأنها بين الذين يعملون 6.3%، وبين العاطلين عن العمل 13.3%، وأنها بين الذين يحصلون على مساعدة من الجمعيات الخيرية 41.7%، وبين الذين يحصلون على معاش تقاعدي 3.3%. كما أن إجمالي نسبة سوء التغذية بلغ 12% بين المُسِنّيْن، وأهمية هذه الدراسة أنها أوضحت الأسباب التي ترتبط بسوء التغذية عند المُسِنّيْن[20].

أما في المملكة العربية السعودية فقد دلَّت الدراسات بأن نسبة السمنة عند الذين تجاوزوا سن 65 سنة (وعددهم 810 أشخاص شملتهم الدراسة) ممن يحصلون على الرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة أبها بلغت 32.4%، وبأن السمنة ارتبطت بارتفاع خطر السكري وارتفاع ضغط الدم[21].

معدلات السمنة بين المُسِنّيْن أناث وذكور في بعض البلدان العربية

البلـــد	ذكــور	أنــاث
الأردن	33.7	65.8
البحرين	12.5	47.1
الكويت	15.2	43.8
لبنان	15.3	38.0
المملكة العربية السعودية	34.1	29.2
الإمارات العربية المتحدة	6.8	17.4

(المصدر Yount and Sibai. 2009)

[17] Prevalence of Undernutrition in a Long-Term Care Facility in Qatar; Abdelmonem Hassan MS, PhD , Morwan Ramadan MD, FACP , Mohamed Osman Abdel-Rahman MB, DCP, FRCPath & Abdelhamid Kerkadi PhD http://dx.doi.org/10.1080/01639360903140353

[18] Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo, Egypt; Shawky Khater, M. & Fawzy Abouelezz, N. J Nutr Health Aging (2011) 15: 104. doi:10.1007/s12603-011-0021-9

[19] Al Riyami, A., Al Hadabi, S., Abd El Aty, M.A., Al Kharusi, H., Morsi, M., Jaju, S. (2010). Nutrition knowledge, beliefs and dietary habits among elderly people in Nizwa, Oman: implications for policy. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 16 (8): 859-867

[20] Asia Pac J Clin Nutr. 2008;17(2):285-9; Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, Moosavi AR, Lanham-New S.

[21] East Mediterr Health J. 2001 Jul-Sep;7(4-5):716-24. Central obesity in elderly individuals in south-western Saudi Arabia: prevalence and associated morbidity. Abolfotouh MA, Daffallah AA, Khan MY, Khattab MS, Abdulmoneim I.

الأمراض المزمنة

أظهرت دراسة لمنظمة الصحة العالمية في العام 2004 بأن الأمراض المزمنة غير السارية تسببت في 86% من الوفيات، على المستوى الدولي، أما في البلدان الأقل يسراً، فكانت السبب الرئيسي في 77% من الوفيات، بينما كانت 91% في الدول الأكثر يسراً. [22]

أظهرت دراسة ميدانية في لبنان بأن 7.5% من المُسِنّيْن يشكون من أمراضٍ في الجهاز القلبي الدوراني، وأن 15.2% يشكون من ارتفاع في ضغط الدم، وأن 10.1% مصابون بالسكري، وأن 3.2% مصابون بارتفاع في مستوى الكولستيرول، وبأن 47.5% كانوا من المدخنين، وتبيّن هذه الدراسة بأن أمراض الجهاز القلبي الوعائي مرتبطة بتدني مستوى التعليم ومستوى الدخل المالي، وبمعدلات التدخين وارتفاع ضغط الدم، والتقدم بالعمر، لا سيما عند الذكور.[23,24]

نسبة المُسِنّيْن الذين يشكون من مرضٍ مزمن واحد على الأقل في بعض الدول العربية[25]

لبنان	63.8
الجزائر	55.2
ليبيا	55.1
تونس	54.1
السودان	51.3
المملكة المغربية	45.8
الجمهورية العربية السورية	43.2
اليمن	40.0
فلسطين	33.3

المصدر: (PAFAM. 2008)

[22] Global burden of Diseases, WHO 2004

[23] Socio-economic disparities in heart disease in the Republic of Lebanon: findings from a population-based study; Tarik Ramahi, Marwan Khawaja, Niveen Abu-Rmeileh and Sawsan Abdulrahim; http://heartasia.bmj.com

[24] Tohme, R.A., Yount, K.M., Yassine, S., Shideed, O., Sibai, A.M. (2011). Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? Ageing and Society, 31 (1): 1-17.

[25] PAFAM, 2008

السكري

أظهرت دراسة شملت 598 مُسِنّاً تتراوح أعمارهم بين 65 و95 عاماً في مدينة مونستير بتونس، بأن نسبة الإصابة بالسكري كانت 29.2% عند الذكور و26.7% عند الإناث، كما أنهم يشكون أيضاً من ارتفاع في ضغط الدم، والسمنة، لا سيما السمنة المتركزة في البطن، كما أشارت الدراسة بأن نسبة الإصابة بالسكري تتعلق بالتقدُّم في السن عند الذكور والإناث، كما أنها أعلى بين سكان المدن منها بين سكن المناطق الريفية[26].

معدلات إصابة المُسِنّيْن الذكور والإناث بالسكري في بعض الدول العربية

البلـــد	ذكـــور	أنـــاث
الإمارات العربية المتحدة	35.0	39.0
البحرين	29.6	37.6
الكويت	33.7	30.4
لبنان	28.5	30.2
المملكة العربية السعودية	13.1	27.1
تونس	16.2	19.0
مصر	13.4	18.6

المصدر Yount & Sibai 2009

كما بيَّنت دراسة لاحقة بأن نسبة ارتفاع ضغط الدم كانت أعلى عند الإناث (55.5%) مما هي عليه عند الذكور (45%)، دون أن يكون لها علاقة بالسكن في الريف أو في الحضر، ولا بمستوى التعليم، ولكن كان هناك ارتباط بين السمنة والسكري والإعاقة عند المصابين بارتفاع في ضغط الدم[27] (Hammani et al 2011).

معدلات ارتفاع ضغط الدم بين المُسِنّيْن من الذكور والإناث في بعض الدول العربية

البلـــد	ذكـــور	أنـــاث
المملكة المغربية	67.7	76.5
مصر	51.0	64.0
لبنان	45.0	62.0
تونس	56.7	51.9
قطر	32.7	31.7
المملكة العربية السعودية	17.5	27.6

المصدر: Yount & Sibai 2009.

[26] Prevalence of diabetes mellitus among non institutionalized elderly in Monastir City; Sonia Hammami, Sounira Mehri, Said Hajem, Nadia Koubaa, Hala Souid and Mohamed Hammami *BMC Endocrine Disorders*201212:15; DOI: 10.1186/1472-6823-12-15

[27] Awareness, treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia; Australas Med J. 2011;4(6):346-53. doi: 10.4066/AMJ.2011.825. Epub 2011 Jun 30. Sonia Hammani et al *BMC Cardiovascular Disorders*201111:65

التدخين والأمراض التنفسية السادَّة المزمنة

أوضحت دراسة أجريت في لبنان وضمَّت 2201 من المُسِنّين، أن نسبة المدخنين 33.3% أي الثلث فقط، وأن معدل الإصابة بالأمراض التنفسية عند عموم المُسِنّين 9.7%، وأنه 12.5% عند المدخنين، علماً بأن 20.2% فقط كانوا يتلقون المعالجة لدى الأطباء، وتبيَّن أيضاً بأن هذه المجموعة لديها معدلات أعلى من استشارات الأطباء وزيارات أقسام الطوارئ، لا سيما منهم الذين يدخنون النرجيلة، علماً بأن هذه أول دراسة حول التأثير السلبي للنرجيلة[28] (Waked et al 2011).

وفي دراسةٍ أخرى شملت 740 مُسِنّاً زادت أعمارهم عن 60 سنة يقطنون ثلاث مناطق أقل يسراً في بيروت، منها مخيمات، اتضح أن النسبة الإجمالية للذين يدخنون حالياً كانت 28.1%، علماً بأن حوالي النصف كانوا من المدخنين، وأن نصفهم تقريباً امتنعوا عن التدخين بعد ظهور مشاكل صحية مرتبطة بالتدخين، أو لدى الإصابة بمرضٍ مزمن واحد أو بإعاقة، فإصابتهم زادت من فرص الإقلاع عن التدخين، كما أن معدلات الدخول إلى المستشفيات ما زالت أعلى عند الذين كانوا من المدخنين[29] (Chaaya et al. 2006).

معدلات المدخنين بين المُسِنّين من الذكور والإناث في بعض الدول العربية

البلــد	ذكــور	أنــاث
مصر	52.9	5.4
لبنان	48.7	4.9
البحرين	41.6	17.3
الأردن	38.6	24.8
عُمان	32.5	9.6
الإمارات العربية المتحدة	7.9	0.8

المصدر: Yount & Sibaï 2009.

الإعاقة

تدل الدراسات بأن نسبة الإعاقة عند الذين تجاوزوا سن الستين ثلاثة أضعاف ما عند الفئة العمرية 15- 59 سنة، ولا سيما في الدول النامية، حيث تزداد نسبة الإعاقة خاصة بين الإناث، كما تدل إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن ضعف السمع واختلال البصر لدى من تجاوز 45 عاماً من العمر هي 27% عند الرجال و24% عند النساء[30].

حرية الحركة - تَحَدُّد الوظيفة Functional Limitation

أظهرت دراسة من فلسطين المحتلة بأن نسبة الإعاقة عند المُسِنّين العرب الذين يحتاجون إلى مساعدة للقيام بالأعمال اليومية هي ضعف أترابهم من الإسرائيليين اليهود.[31] (Azaiza 2003).

	ذكــور	أنــاث
العرب	%20	%39
يهود	%11	%16

وأظهرت دراسة من القاهرة بأن المُسِنّين من الفئة الأقل يسراً مادياً لديهم حرية أقل في الحركة[32]. وقد أكدت دراسة أخرى من الإسكندرية شملت 188 من المُسِنّين الذين يقطنون في 4 دُور للرعاية بأن الحركة لديهم مرتبطة بالوضع المادي والنشاط والوضع النفسي لهم[33].

---

[28] Waked, M., Khayat, G., Salameh, P. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lebanon: a cross-sectional descriptive study. Clinical Epidemiology, 3:315-323

[29] Chaaya, M., Sibai, A. M. & El-Chemaly, S. (2006). Smoking patterns and predictors of smoking cessation in elderly populations in Lebanon. International Journal of Tuberculosis & Lung Disease, 10(8), 917-923.

[30] WHO Global Burden of Diseases 2004

[31] Isr Med Assoc J. 2003 May;5(5):383-6. The aging of Israel's Arab population: needs, existing responses, and dilemmas in the development of services for a society in transition. Azaiza F, Brodsky J.

[32] Socio-demographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians Thomas Boggatz et al ; DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05259.x; *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1047–1058.

[33] Activity patterns of residents in homes for the elderly in Alexandria, Egypt; Fatima Hallaj et al; Eastern Mediterranean health journal 16(11):1183-8 · November 2010

الاعتماد على الغير للقيام بالأعمال العادية اليومية

البلــد	ذكــور	أنــاث
تونس	32.9	46.8
لبنان	18.5	33.2
الأردن	27.1	28.7
مصر	22.4	28.5
المملكة العربية السعودية	15.7	24.4
الإمارات العربية المتحدة	22.0	17.5

تجدر الإشارة بأن الإعاقة والاعتماد على الغير أكثر انتشاراً بين الإناث لا سيما اللواتي يعانين من الترمل والعزلة والمستوى التعليمي الأدنى والحاجة المالية.

ضعف الإبصار والعمى

إن الضعف في الإبصار وفي السمع لدى المُسِنّيْن من المعوقات التي تحد من ممارستهم لأعمالهم اليومية المعتادة، مثل تواصلهم مع الآخرين- كما يؤدي إلى العزلة والانكماش والاكتئاب والتردي في القوة الذهنية، لذلك من الضروري إجراء الفحوصات للكشف عن هذه المعوقات، لا سيما بأن العديد من هذه الأمراض التي تسببها يمكن معالجتها، لا سيما الزَّرَق أو ارتفاع الضغط داخل العين Glaucoma[34].

أجريت دراستان لمعرفة مدى إصابة المُسِنّيْن بضعف الإبصار وبالعمى، إحداهما كانت في دولة قطر عام 2009 وشملت 2433 مُسِنّاً، فكانت نسبة العمى الكامل في العينين 1.28% وضعف الإبصار 3.66% والعمى في عينٍ واحدة 3.61% لدى الأعمار الخمسين وما فوق، كما تبين بأن نسبة الإناث كانت أعلى خاصةً مع التقدُّم في العمر، أما أسباب ضعف الإبصار فكانت الزَّرَق أو ارتفاع الضغط داخل العين Glaucoma وعتامة العدسة أو السادّ Cataract (النسبة في هذه المجموعة كان 68.2%)، وقد تبيَّن بأن سبب ضعف الإبصار هو الاعتقاد بأن ضعف الإبصار هو أمر طبيعي عند الكبار، كما أن القدرة على الإبصار بعينٍ واحدة قد أجَّل معالجة ضعف الإبصار[35].

أما الدراسة في سلطنة عُمان، فقد شملت دراسة ضعف الإبصار وضعف السمع بين الذين تجاوزت أعمارهم الستين في ولاية نزوى عام 2005، وعددهم 1639 مُسِنّاً، فكانت نسبة ضعف الإبصار في العين الأفضل 37.4% وكانت هذه النسبة أعلى عند الإناث، وكان عتامة العدسة أو السادّ Cataract السبب الرئيسي لدى نصف المصابين، كما أن نسبة الإصابة بالزَّرَق أو ارتفاع الضغط داخل العين Glaucoma كانت 3.1% وبعتامة العدسة أو السادّ Cataract 66.8% وبالتراخوما Trachoma53.2%، كما أن نسبة الإصابة بالسكري (في هذه المجموعة) كانت 36.1%، أما ضعف السمع فكانت نسبته 33.5%، ونسبة الصمم Deafness 3.6%، وقد أدى ضعف الإبصار إلى إصابة 1.4% من المُسِنّيْن بكسر في العظام[36].

أظهرت الدراسات من العراق بأن أهم أسباب ضعف الإبصار عتامة العدسة أو السادّ Cataract 75% والسكري 13% و5% والزَّرَق أو ارتفاع الضغط داخل العين Glaucoma[37].

[34] Abyad, A. (1997). In-office screening for age-related hearing and vision loss. Geriatrics, 52(6), 45-6, 51-4, 57

[35] Prevalence and causes of blindness, low vision and status of cataract in 50 years and older citizen of Qatar-a community based survey; Al Gamra H et al; Ophthalmic Epidemiol. 2010 Oct;17(5):292-300. doi: 10.3109/09286586.2010.508350.

[36] Prevalence and determinants of blindness, low vision, deafness and major bone fractures among elderly Omani population of Nizwa Wilayat (Nizwa elderly population study – 2005);

[37] Rajiv Khandekar et al; Indian J Ophthalmol. 2010 Jul-Aug; 58(4): 313–319. ; doi: 10.4103/0301-4738.64143; PMCID: PMC2907033

نسبة ضعف الإبصار بين المُسِنّيْن من الذكور والإناث في بعض الدول العربية

البلـــد	ذكــور	أنـــاث
لبنان	17.1	26.3
الأردن	21.4	37.5
المملكة العربية السعودية	46.1	46.1
مصر	59.5	65.7
تونس	80.5	88.4

المصدر Young & Sibai 2009

أظهرت دراسة لقياس ضعف الإبصار لدى المُسِنّين الذين يقيمون في دُور الرعاية في لبنان بأن 20.3% ممن أعمارهم ما بين 80 و89 يشكون من العمى، وبأن هذه النسبة تزداد لتصل إلى 36% ممن زادت أعمارهم عن 90 سنة، كما تبيَّن بأن نسبة العمى عند النزلاء الأقل يسراً هي ضعف ما هي عليه عند من هم أكثر يسراً، أما أسباب العمى ي فكان عتامة العدسة أو السادّ Cataract، يليه الزَّرَق أو ارتفاع الضغط داخل العين Glaucoma والتنكُّس البقعي Macular Degeneration، وبذلك تبين بأن 55% من أسباب العمى بالإمكان معالجته أو الوقاية منه[38].

[38] Waked, N., Saad, A., Mehanna, C., Sleilaty, G., & Kortbaoui, R. (2007). Prevalence, causes et facteurs de risque de la cecite et de la malvoyance chez les personnes agees des maisons de retraite Libanaises. Journal Francais d Opthalmologie, 30(5), 497-502.

ضعف السمع

نسبة ضعف السمع بين المُسِنّيْن من الذكور والإناث في بعض الدول العربية

البلـــد	ذكــور	أنـــاث
تونس	35.4	43.1
لبنان	12.2	22.0
المملكة العربية السعودية	19.5	20.5
الأردن	24.3	20.0
مصر	12.0	8.4

المصدر Young & Sibaï 2009

الأمراض النفسية

رغم قلة المعلومات حول الأمراض النفسية في الدول العربية، فإن ما هو موجود منها بالفعل يشير إلى أن الاكتئاب هو أهم الأمراض النفسية وأكثرها انتشاراً، إذ يصل إلى 50% بين الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً في تونس، وإلى 25% في الأردن ولبنان، وإلى 20% في الإمارات العربية المتحدة[39]، كما أن الاكتئاب أكثر انتشاراً بين الإناث، ولا سيما اللواتي تقدمن في السن، والأرامل والمطلقات واللواتي يسكنَّ في دور رعاية المُسِنّين، كما أنه مرتبط بالمستوى التعليمي المنخفض، والمدخول المحدود والعزلة والوضع الصحي والاعتماد على الغير للقيام بالأعمال اليومية، كما أن الخَرَف آخذ بالانتشار، لا سيما مرض ألزهايمر، وفي عام 2010 تجاوز عدد المُسِنّيْن المصابين بمرض ألزهايمر 1.2 مليون، والمتوقع إصابة ما يزيد عن 2.5 مليون بحلول عام 2030[40]. وقد أنشئت جمعيات في معظم الدول العربية للتعريف بمرض ألزهايمر، وتقديم العون للمصابين منهم.

ورغم ندرة الدراسات في الدول النامية، فإن من المعلوم بأن الإصابة بالاكتئاب تزداد مع التقدم في العمر، كما أنها تتزامن مع أمراض مزمنة أخرى مثل السكري وأمراض القلب والسرطان، وبالرغم أنه معالجة الاكتئاب ممكنة، فإن البعض يعتقد بأنها ملازمة للتقدم بالسنّ، وينظر إليها على أنها أمر طبيعي، وعلاجه ليس ضرورياً، علماً بأن الإحصائيات في الدول المتقدمة تشير بأن 30.1% ممن تجاوز عمر الستين يصاب بالاكتئاب الشديد، وأن 10- 17% يشكون من اكتئاب غير شديد، وتشير هذه الإحصائيات إلى أن الاكتئاب الشديد هو عامل مهم في الانتحار، لا سيما عند الذكور.

يعتبر الاكتئاب من أكثر العوامل التي تعيق اللياقة الصحية عند المُسِنّيْن. ففي دراسة أجريت في مصر بلغت النسبة الإجمالية للاكتئاب 46.6% منها 75.6% ذات مستوى أولي ضعيف، وتزداد نسبة الاكتئاب مع التقدُّم في العمر لا سيما عند الإناث وغير المتزوجات منهن، أو ممن فقدن أعزاء لهن حديثاً، كما تزداد نسبة الاكتئاب عند الذين هم أقل يسراً. كما تشير هذه الدراسة بأن برامج التوعية حول تناول الأدوية ساعد في الإقلال من تناول أدوية الاكتئاب[41].

في دراسة أجريت في الإمارات العربية المتحدة، وشملت مُسِنّين بينهم 347 ذكراً و263 أنثى، ومعدل أعمارهم 68.6 سنوات، كانت نسبة الاكتئاب فيهم 20.2 ونسبة القلق anxiety 5.6%، ونسبة الشكايات بتوهُّم الأمراض (المراقّ) Hypochondriasis بلغت 4.4%، ونسبة المتلازمة العضوية في الدماغ (تأخر وظائف الدماغ بسبب مرض عضوي) organic brain syndrome بلغت 3.6%. وكان لهذه الأمراض أثر كبير في نوعية حياتهم ومدى سعادتهم، لا سيما بين الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم 85 سنة، ممن يعيشون لوحدهم أو مع أزواجهم، وأوضحت هذه الدراسة بأن الأمراض النفسية لوحدها دون أمراض عضوية، لها التأثير الأكبر على نوعية الحياة وعلى الاستمتاع بها، لا سيما عند المُسِنّيْن الذين يعيشون لوحدهم[42]. كما أكدت هذه الدراسة الارتباط بين الأمراض النفسية وبين الدخل المادي والوحدة والعزلة، لا سيما عند الإناث.

---

[39] Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

[40] Alzheimer's Disease International (2009). World Alzheimer Report 2009. Accessed on http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf.

[41] Naglaa M. Abdo, Shereen Eassa and Ahmad M. Abdalla. Prevalence of Depression among Elderly and Evaluation of Interventional Counseling Session in Zagazig District –Egypt. Journal of American Science 2011;7(6):739- 748].(ISSN: 1545-1003). http://www.americanscience.org.

[42] Subjective life satisfaction and mental disorders among older adults in UAE in general population; Rafia Ghubach et al; DOI: 10.1002/gps.2360

أما في تركيا، فقد أوضحت دراسة أجريت في ثلاثة دُور لرعاية المُسِنّيْن أن نسبة الأمراض النفسية 31.8%، وكان النصيب الأكبر من هذه الأمراض للخَرَف 46.5%، وللاكتئاب 20.9% Schizophrenia 18.6%[43].

كما أكَّدت دراسة أخرى بأنه من المستحسن الكشف عن الأمراض عند الكبار، الذين يزورون مراكز الرعاية الصحية الأولية، إذ بينَّت هذه الدراسة اكتشاف حالات الاكتئاب، لا سيما بين المُسِنّيْن الذين لم يشملهم التأمين الصحي، كما ساهمت قلة الحركة والنشاط البدني، وقلة النوم، وعدم القدرة على القيام بالأعمال اليومية في زيادة نسبة الاكتئاب[44].

وتشير دراسات أجريت في تركيا، والإمارات العربية المتحدة، وتونس إلى نسبةٍ عالية من الاكتئاب 51.4% عند المقيمين في دور الرعاية، لا سيما بين الإناث، وبين الذين يحتاجون للعون والمساعدة في القيام بالأعمال اليومية[45].

أما في الجمهورية العربية السورية، فكانت نسبة الاكتئاب مرتبطة أيضاً بأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وأمراض الكلى، والتهاب المفاصل والأمراض الصدرية، لا سيما عند الطبقات الغير ميسورة[46] (Kilzieh. 2003).

وفي الأردن أكدت دراسة شملت 300 مُسِنّاً بينهم 74% يعانون من أمراضٍ مزمنة، أن 24.3% منهم يعانون من الاكتئاب، وأن 44% منهم يعانون من نظرة سلبية لوضعهم الصحي الإجمالي، كما أشارت هذه الدراسة إلى نسبٍ أعلى من الاكتئاب عند الإناث، وعند من يعيش لوحده، وعند انخفاض القدرة المادية، وعند قلة النشاط البدني، وعند انخفاض المستوى التعليمي، وكلها عوامل تؤدي إلى زيادة الاعتماد على الغير، للقيام بالأعمال اليومية المعتادة [47].

وأفادت دراسة المُسِنّيْن[48] في المملكة العربية السعودية[49] بأن الأمراض النفسية لا سيما الاكتئاب تشكل 39% عند المُسِنّيْن وهذه النسبة العالية هي أعلى عند النساء، والذين يعيشون بمفردهم، وفي دور الرعاية، يشكون من سوء التغذية وأمراض مزمنة وهم أقل يسراً مادياً، ولا يمارسون نشاطاً رئيسياً.

تناولت دراسة العلاقة بين العمل لقاء تلقي الأجر وبين الاكتئاب لدى المُسِنّيْن ممن يقيمون في ثلاثة مجتمعات أقل يسراً في بيروت، حيث كان ثلث المُسِنّيْن لا يزال يعمل ويتلقى أجراً على عمله، كما أن الثلث الآخر كان يشكو من الاكتئاب، دلت هذه الدراسة بأن العمل له مردود إيجابي ضد الاكتئاب، كما أن النظرة العامة بأن الانخفاض في القدرات لا يترافق بشكل أكيد مع التقدُّم في العمر. إذ إن نسبة عالية من المُسِنّيْن لا زالت تعمل وهي مستعدة للعمل إذا توافر، لذلك فمن المقترح أن تنادي التشريعات الاجتماعية بزيادة فرص العمل للمُسِنّيْن إضافةً إلى معاشات التقاعد[50].

وتثبت دراسة أخرى شملت 490 مُسِنّاً يعيشون في دُور الرعاية، بأن المُسِنّيْن يزدادون اكتئاباً مع زيادة الاعتلال الصحي واضطراب الوضع العام لديهم، فذلك يؤثر عليهم أكثر من تأثير التعرض لمشاكل مالية أو أسرية، كما أن وجود الزوجة أو الأولاد له أثر إيجابي ضد الاكتئاب[51].

أما نسبة الاكتئاب فكانت 24% بين 740 مُسِنّاً يقطنون 3 مناطق أقل يسراً في بيروت (أحدها مخيم وصلت فيه النسبة إلى 31%)، كما بينت هذه الدراسة أيضاً بأن التديُّن هو أحد الوسائل التي يستعملها الكبار لتخفيض مستوى الاكتئاب[52].

---

[43] Int Psychogeriatr. 2008 Aug;20(4):752-63. doi: 10.1017/S1041610207006679. Epub 2008 Jan 4.
Psychiatric consultations for nursing home residents: a perspective from Turkey and the implications for comparable countries.; Cankurtaran ES, Kutluer I, Senturk M, Erzin GB, Gursoy D, Tombak E.

[44] Dark side of the town: depressive symptoms in disadvantaged senior citizens. Engin S, Ozturk M, Engin N, Kulaksizoglu IB; J Nutr Health Aging. 2010 Jun;14(6):483-7.

[45] Aribi L et al ; Evaluation of depression in elderly people living in nursing homes: a study involving 35 people. PMID: 20890817 ;

[46] Int J Psychiatry Med. 2008; 38(2): 169–184. Comorbidity of depression with chronic diseases: a population-based study in Aleppo, Syria; N Kilzieh et al;

[47] East Mediterr Health J. 2005 May;11(3):334-48.Comprehensive health assessment of senior citizens in Al-Karak governorate, Jordan. Youssef RM.

[48] East Mediterr Health J. 2001 May;7(3):481-91. Psychosocial assessment of geriatric subjects in Abha City, Saudi Arabia. Abolfotouh MA, Daffallah AA, Khan MY, Khattab MS, Abdulmoneim I.

[49] Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Sep;14(9):739-47. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. Al-Shammari SA, Al-Subaie A.

[50] Chaaya, M., Sibai, A.M., Tabbal, N., Chemaitelly, H., El Roueiheb, Z., Slim Z.N. (2010). Work and mental health: the case of older men living in underprivileged communities in Lebanon . Ageing and Society, 30: 25-40.

[51] Jawad, M.H., Sibai, A.M., Chaaya, M. (2009). Stressful life events and depression among older persons in a post-war context: Which informal support makes a difference? Journal of Cross Cultural Gerontology, 24:19-32.

[52] Chaaya, M., Sibai, A. M., Fayad, R., & El-Roueiheb, Z. (2007). Religiosity and depression in older people: Evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon. Aging 20& Mental Health, 11(1), 37-44.

كما أجريت دراسة ميدانية لتحديد مستويات الاكتئاب والخَرَف عند المُسِنّيْن المقيمين في دُور الرعاية في لبنان، وشملت 102 من المُسِنّين، فكانت نسبة الخَرَف البسيط الأولي 27.1% ونسبة المستوى الثاني من الخَرَف 22.9%، ونسبة المستوى الثالث والأخير 49.2%، تدل هذه الدراسة بأن نسبة الخَرَف تصل إلى حوالي نصف المقيمين في دور الرعاية هذه، وبالتالي فإن من الواجب إجراء فحوصات للكشف عن الخَرَف بصورةٍ دورية [53].

الاكتئاب بين المُسِنّيْن من الذكور والإناث في بعض الدول العربية

البلـــد	ذكــور	أنــاث
تونس	49.8	08.3
جيبوتي	32.1	51.1
مصر	27.1	39.1
الأردن	17.1	30.6
لبنان	16.8	29.6

[53] Chahine, L. M., Bijlsma, A., Hospers, A. P., & Chemali, Z. (2007). Dementia and depression among nursing home residents in Lebanon: A pilot study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(4), 283-285.

مرض ألزهايمر

أشار باحثون من إيران بأن الفارق الأساسي بين مرضى يشكون من أعراض ألزهايمر وغيرهم، هو ارتفاع ضغط الدم عند فريق المرضى[54].

أما في إسرائيل فقد تبيَّن من دراسةٍ شملت 921 مُسِنّاً تجاوزت أعمارهم الستين من عرب فلسطين المحتلة، بأن 20.5% منهم يشكون من مرض ألزهايمر، كما أن نسبة الإصابة بهذا المرض تصاعدت من 8% بين الذين أعمارهم دون 70 عاماً إلى 33% بين الذين تتراوح أعمارهم بين 70 و79 عاماً، لتصل إلى 51% لدى من كانت أعمارهم 80 سنة أو أكثر[55]. كما تبيَّن ارتفاع نسبة الأمية في هذه المجموعة فبلغت 27% مقارنةً مع 4% فقط بين الشريحة نفسها الغير مصابة بداء ألزهايمر، كما أن نسبة ألزهايمر كانت مرتفعة أكثر عند الإناث 25% مقارنةً مع الذكور، علماً بأن الأمية كانت هي أيضاً أكثر انتشاراً عند الإناث، مما قد يفسر التلازم، كما أن هذه الدراسة أشارت إلى أن اختلاف نسبة مرض ألزهايمر بين المدخنين وغير المدخنين.

أظهرت دراسة نشرت عام 2010 أن عدد المصابين بمرض ألزهايمر وغيره من أنواع الخَرَف الأخرى يزيد عن 36 مليون في العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد كل 20 سنة. ومن المؤسف بأن دُور الرعاية تحاول تجنب رعاية المصابين بهذه الأمراض، كما أن 70% من القائمين على تقديم الرعاية الصحية يجهلون الأعراض الأولى الأساسية لهذه الفئة من الأمراض قبل التشخيص.

لا زالت خطط التغطية الصحية الشاملة للأمراض النفسية تحتاج إلى التنفيذ في معظم الدول العربية، باستثناء البحرين والأردن ولبنان وليبيا والمملكة المغربية وسلطنة عُمان، أما في لبنان، فإن أدوية الأمراض المزمنة متوفرة مجاناً، إلا أن تشخيص هذه الأمراض متدنٍ نسبياً نظراً لأن العوارض ليست منتشرة بين القائمين على تقديم الرعاية الصحية، لأنها تعتبر من المظاهر العادية للتقدُّم في العمر.

---

[54] Curr Alzheimer Res. 2008 Feb;5(1):70-2. Risk factors of Alzheimer's disease among Iranian population.- Foroughan M, Farahani ZG, Shariatpanahi M, Vaezinejad M, Kamerani AA, Sheikhvatan M.

[55] Prevalence of Alzheimer's type dementia in an elderly Arab population A. Bowirrat, T. A. Treves, R. P. Friedland and A. D. Korczyn DOI: 10.1046/j.1468-1331.2001.00183.x

تخلخل العظام Osteoporosis

في دراسة من المملكة العربية السعودية شملت 830 شخصاً كانت النتائج كالتالي:

العدد	النسبة المئوية	الحالة	القيمة الوسطية BVD	الحرز T
248	29.9%	طبيعي	1.117	-0.66
254	30.6%	قلة العظام	0.983	-2.4
328	39.5%	تَخَلْخُل العظام	0.767	-3.4

تَخَلْخُل العظام	قلة العظام	طبيعي	العمر (سنوات)
24.3%	33.4%	42.3%	50 - 59
62%	27.0%	11%	60 - 69
73.8%	21.5%	4.6%	70 - 79

مما يشير إلى أن تخلخل العظام شائع بين السعوديات بعد سن اليأس Menopause، ويستدعي إجراء الكشف الضروري لمعالجة هذا الموضوع[56].

[56] Saudi Med J. 2003 Sep;24(9):953-6. Osteoporosis in postmenopausal Saudi women using dual x-ray bone densitometry. El-Desouki MI.

السقوط Falls

في دراسة من مصر أجريت على المُسِنّين الذين يقطنون في دُور الرعاية تبيَّن أن 48.6% منهم يخشون السقوط، لا سيما بين المصابين بالاكتئاب والخَرَف، ومن سبق له أن سقط سابقاً، وخاصةً الإناث[57].

أما في المملكة المغربية فقد أظهرت دراسة بأن نسبة كسر عظم الورك Hip Fracture هو 52.1 لكل 100.000 امرأة و43.7 لكل 100.000 رجل، وان معدل العمر لدى الذين أصيبوا بكسر عظم الورك هو 70.7 للسيدات و70.4 للرجال (نسبة الإناث للرجال 1.19)، علماً بأن هذه المعدلات تزداد مع التقدُّم في السن، وبصورةٍ سريعة بعد سن الخمسين، وهذه المعدلات هي أقل مما هي عليه في الدول الغربية ولكنها أعلى مما هي عليه في الدول الإفريقية المجاورة [58].

الفيتامين D

تدل الدراسات بأن النقص في الفيتامين D قد سبب مضاعفات صحية لدى المُسِنّين، وقد شملت دراسة أجريت في دولة قَطَر 889 مُسِنّاً، وكان الثلثين منهم من النساء، ومعدل أعمارهم 75 سنة (ويتراوح المدى بين +7 أعوام و-8 أعوام)، فكانت معدلات الأمراض كالتالي:

ارتفاع في ضغط الدم	%76.5
داء السكري	%63
خلل شحميات الدم Dyslipidemia	45.7%
الخَرَف	%26
أمراض القلب	%24
الفالج	%24

وكان معدل مستوى الفيتامين D يساوي 24.4 نانو غرام/ميلي مول أي كان 72% بين المُسِنّين ممن يعانون من نقص في معدلات هذا الفيتامين

نقص بسيط	%31
نقص متوسط	%30
نقص كبير	%11

كما أشارت هذه الدراسة بأن المُسِنّين ذوي النقص الشديد في مستوى الفيتامين D لديهم أيضاً مستوى مرتفع من الهيموغلوبين السكري HbA_1C مقارنة مع المُسِنّين ذوي النقص المتوسط، كما كان مستوى الكوليستيرول في البروتين الشحمي العالي الكثافة HDL-C أقل بكثير عند الذين كانت معدلات الفيتامين "د" مرتفعة. وعلى هذا، تشير هذه الدراسة بأن النقص في معدلات الفيتامين D عند 72% من المُسِنّين وارتباطه بمعدلات داء السكر، قد تدعو إلى دراسة إمكانية الوقاية من دار السكر من خلال تناول أقراص الفيتامين D [59].

تناول الأدوية

أضحى سوء تناول الأدوية عند المُسِنّين أحد اهتمامات المجتمع الدولي، ففي دراسةٍ من لبنان شملت مراجعة ملفات المُسِنّين لدى عدد من الصيدليات، وإجراء مقابلات شخصية مع 270 مُسِنّاً، تجاوزت أعمارهم 65 سنة، اتضح أن 59.6% ممن يتناولون الأدوية بشكلٍ يومي، يستعملون دواءً واحداً على الأقل بصورة خاطئة، وبأن هذه الأخطاء تشمل نسيان بعض الجرعات لدى 11.1%، والتوقيت الخاطئ لأخذ الجرعات لدى 13.1% منهم، وأن معظم الأخطاء في تناول الأدوية كانت عند

[57] J Gerontol Nurs. 2008 Dec;34(12):27-35. Physical and psychosocial correlates of fear of falling: among older adults in assisted living facilities. Sharaf AY, Ibrahim HS.

[58] Osteoporos Int. 2005 Jun;16(6):597-602. Epub 2004 Sep 28. Epidemiology of hip fractures in 2002 in Rabat, Morocco.El Maghraoui A, Koumba BA, Jroundi I, Achemlal L, Bezza A, Tazi MA. BMC Public Health. 2008 Sep 22;8:323. doi: 10.1186/1471-2458-8-323

[59] Vitamin D deficiency among the elderly: insights from Qatar; Hanadi Khamis Alhamad, Navas Nadukkandiyil, Ayman El-Menyar, Luay Abdel Wahab, Anoop Sankaranarayanan & Essa Mubarak Al Sulaitihttp://dx.doi.org/10.1185/03007995.2014.900003

النساء وعند الذين يتناولون المشروبات الكحولية، كما تزداد هذه النسبة عند الذين يستعملون أدوية يسهل الحصول عليها من الصيدليات، لذلك فمن المستحسن أن يلعب الصيدلي دوراً في ترشيد استعمال الأدوية لدى المُسِنّيْن[60].

وأجريت دراسة في مستشفى جامعي في الإمارات العربية المتحدة حول تناول المُسِنّيْن الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً للأدوية، لا سيما تلك التي تؤثر على الوضع النفسي لديهم، لمقارنة هذه الظاهرة بين عامي 1994 و1999، وشملت هذه الدراسة 474 شخصاً تمَّ إدخالهم للمستشفى 647 مرة، أي أن نسبة دخول الشخص إلى المستشفى 1.3 مرة في السنة. فاتضح أن معدل العمر 74.1 سنة، وأن استعمال أكثر من 5 أدوية قبل دخول المستشفى ازداد من 12% في 1994 إلى 23% عام 1999، وازداد من 26% إلى 45% عند الخروج من المستشفى، كما أظهرت الدراسة ارتفاعاً في تناول مادة الأسبيرين، كما تبيَّن أن هنالك ارتفاعاً في نسبة تناول العقاقير التي تؤثر على المزاج إلى 0.25% لكل فرد، علماً بأن هذه النسبة ضئيلة مقارنةً بالدول الغربية[61].

أما في الإسماعيلية (بمصر) فأظهرت دراسة بأن الإناث يتناولن الأدوية بنسبةٍ أعلى من الرجال لا سيما من كانت أوضاعهم المادية أكثر يسراً[62].

الإمساك

تظهر الدراسات بأن الإمساك من الأعراض التي يشكو منها المُسِنّوْن في لبنان، وأن من أسبابه الوضع الصحي العام لديهم، والعدد الكبير والمتزايد للأدوية التي يتناولونها، وقلة النشاط البدني، ونوعية التغذية، مما يجعل البعض يتناول الأدوية التي تساعد على الإسهال، وأنه يجب الكشف عن الإمساك لا سيما إذا ارتبط بالتقرُّح[63].

وأشار دراسة الإمساك لدى الإناث في دولة قطر إلى أن 10.4% منهن يشتكين من سلس البراز Fecal incontinence، وقد لجأ نصفهن لاستشارة الطبيب، وأن 77.4% منهن يتخوفن من الإحراج عند زيارة الطبيب، وكان التقدُّم في السنّ هو السبب الرئيسي للإمساك 51.6% تليه المصاعب عند الولادة 40.3% وسن اليأس Menopause عند 25.8% منهن، وأخيراً الشلل 14.5%، وكانت معظم النساء تشكو من عدم إمكانية أداء الصلاة 64.5% والإحراج مع الأزواج 41.9% مما أدَّى إلى انعزال 37.1% منهن من كافة النشاطات الاجتماعية والبقاء في المنازل[64].

صحة الفم

أجريت دراسة في المملكة العربية السعودية عام 2003، أظهرت بأن 46% من المُسِنّيْن يستعملون فرشاة الأسنان وبأن 44% يستعملون المسواك، وبأن 25% منهم من المدخنين[65].

نوعية الحياة

أظهرت ثلاثة دراسات أجريت في إيران بأن نوعية الحياة تسوء مع التقدُّم في السن، وكذلك مع المستوى التعليمي ومع الأمراض المزمنة لا سيما عند السيدات[66]. [67]. [68]

العلاقات الأسرية

---

[60] Saab, Y. B., Hachem, A., Sinno, S., & El-Moalem, H. (2006). Inappropriate medication use in elderly Lebanese outpatients: Prevalence and risk factors. Drugs & Aging, 23(9), 743-752.

[61] Arch Gerontol Geriatr. 2002 Jul-Aug;35(1):35-44.; Prescribing behavior for the elderly in the United Arab Emirates: psychotropic medication use remains low despite rising overall appropriate and inappropriate medication use. Margolis SA, Carter T, Reed RL.

[62] J Biosoc Sci. 2006 Sep;38(5):577-603. A biosocial model of medication use among older women and men in Ismailia, Egypt. Yount KM, Khadr Z.

[63] Abyad, A., & Mourad, F. (1996). Constipation: Common-sense care of the older patient. Geriatrics, 51(12), 28-34

[64] Climacteric. 2008 Oct;11(5):429-35. doi: 10.1080/13697130802241519.; Prevalence and determinants of fecal incontinence in premenopausal women in an Arabian community. Bener A, Saleh N, Burgut FT.

[65] Education level, oral hygiene and smoking habits of an elderly Saudi population in Riyadh. Tropical dental journal 26(101):4-6 · April 2003; Khalid Almas; B al-Shammari and S al-Dukhyeel

[66] Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study.; Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare S

[67] Health-related Quality of Life in Retired Older People in Tehran City DOI: https://doi.org/10.1177/0733464810382413 - Roshanak Vameghi, Zahra Niksirat, Nikta Hatamizadeh, Anoshiravan Kazemnejad

[68] Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. Tajvar M, Arab M, Montazeri A.

شملت إحدى الدراسات 687 كويتياً تجاوزت أعمارهم الستين سنة، فتبيَّن أن 89% منهم من الإناث و94% من الذكور يقيمون ضمن أسرهم، وبمعية أحد الأولاد على الأقل، وأن 0.3% من الرجال و1.9% من الإناث يقيمون بمفردهم، وكان 58% منهم نسوة أرامل و5% منهم رجال. وتبيّن هذه الدراسة بأن الإقامة بعيداً عن الأولاد تزداد مع التقدُّم في العمر لا سيما عند الذين هم أقل يسراً.[69] (Shah et al 2002)، وفي دراسةٍ لاحقة استكملت عام 2011 (Shah et al 2011) ازدادت نسبة المُسِنّيْن الذين يقيمون بعيداً عن أولادهم من 5% إلى 24% عام 2006 وأصبحت نسبة الذين يقيمون بمفردهم 12% من السيدات و1% من الرجال.[70] واتضح أن الأسباب إلي تؤثر على الإقامة بعيداً عن الأولاد هي التقدُّم بالعمر، والانحدار من خلفية بدوية، والعدد الأقل من الأطفال، والمستوى الأعلى للتعليم، ووجود الخادمين في المنازل، وغير المتزوجين أصلاً.

أما بالنسبة للقائمين على تقديم الرعاية المنزلية في الكويت، فتبيَّن بأنهم يقدمون خدماتهم لدى 28% من الذكور و58% من الإناث ممن تجاوز عمرهم السبعين، إذ يساعدونهم في القيام بالأعمال اليومية العادية، أما في أزمات المرض، فكانت النسبة 14% عند الرجال و51% عند السيدات، وبشكلٍ عام كان هؤلاء المُسِنّيْن في وضع أسوأ صحياً، ويشكون من الاكتئاب ومن الأمراض النفسية، مقارنةً مع من كان يقيم مع أسرته أو يتلقى المساعدة من أحد أفراد الأسرة، علماً بأن نسبة خدم المنازل كان كما هو متوقعاً أعلى عند الأسر الميسورة.[71]

المُسِنّون في دُور الرعاية

شملت هذه الدراسة التي أجريت في مدينة العين في الإمارات العربية المتحدة كل المُسِنّيْن المقيمين في 3 دُور لرعاية المُسِنّيْن، فبلغ العدد الإجمالي 47 مُسِنّاً. تبيَّن أن نسبة الإقامة في دور الرعاية هو 7 لكل 1000 شخص في عمر 65 سنة أو أكثر، فالنسبة كانت 30% للفئة العمرية 60-74 سنة و49% في الفئة العمرية 75-84 سنة و21% لمن تجاوز سنهم 85 سنة، أما معدل الإقامة فكان 3.8 سنوات، ونسبة الإناث للذكور هي 1.6 أضعاف. جميع هؤلاء المُسِنّين كانوا يشكون من أمراضٍ عصبية، و89% منهم كان يشكو من الخَرَف، وكان هناك مُسِنّ واحد سليماً عقلياً، بينما كان الخلل في المعارف Cognitive Deficit كبيراً لدى 61% منهم، وكان 41% منهم باستطاعتهم التكلم، وكان 17% منهم مدركين للمكان، وكان 15% منهم يدركون الزمان. وكان معظمهم غير قادرٍ على ممارسة أعمالهم اليومية الاعتيادية، فكان 98% منهم بحاجةٍ إلى مساعدة للقيام بهذه الأعمال، وكان 94% منهم ملازماً للفراش، أما مستوى التغذية فكان متدنياً جداً؛ فمعدل الوزن لا يتجاوز 47 كيلو غرام، ومستوى الألبومين في المصل عندهم 3.1 ميليغرام/لتر[72].

ولا زال معظم المُسِنّيْن يقيمون في منازلهم مع أسرهم في لبنان، ولا زالت الأسر توفر لهم الرعاية الضرورية، وتعتبر هذه الرعاية واجباً أسرياً ودينياً وعاطفياً، علماً بأنه لا توجد موارد لدعم القائمين على تقديم الخدمة الأسرية[73]. وقد أكدت هذه الأمور دراسة شملت 319 من مندوبي الرعاية الأسرية.[74]

وهدفت دراسة أخرى لصياغة مؤشرات لدُور الرعاية في لبنان، فتم استحداث 40 مؤشراً توزعت على سبعة أبعاد Dimension تشمل التمويل والعناية الصحية والإقامة والنشاطات والحقوق[75].

الأوضاع العامة للمُسِنّيْن في بعض الدول العربية

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في مملكة البحرين

---

[69] J Cross Cult Gerontol. 2002 Dec;17(4):337-55. Living arrangements of older women and men in Kuwait. Shah NM, Yount KM, Shah MA, Menon I.
[70] Decline in Co-Residence of Parents and Children Among Older Kuwaiti Men and Women: Shah, Nasra M et al ; Journal of Cross-Cultural Gerontology. Jun2011, Vol. 26 Issue 2, p157-
[71] Decline in Co-Residence of Parents and Children Among Older Kuwaiti Men and Women: Shah, Nasra M et al ; Journal of Cross-Cultural Gerontology. Jun2011, Vol. 26 Issue 2, p157-
[72] Gerontology. 2001 May-Jun;47(3):161-7. Institutionalized older adults in a health district in the United Arab Emirates: health status and utilization rate. Margolis SA, Reed RL.
[73] Seoud, J., Nehme, C., Atallah, R., Zablit, C., Yeretzian, J., Levesque, L., Francine, G., Francine, D. (2007). The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: An interview survey. International Journal of Nursing Studies, 44(2), 259-272.
[74] Atallah, R., Nehme, C., Seoud, J., Yeretzian, J., Zablit, C., Levesque, L., Francine, D. (2005). Les aidants familiaux de personnes agees en perte d'autonomie au Liban: quel est leur contexte de soin? Recherche En Soins Infirmiers, (81), 122-138
[75] Nasser, R., Doumit, J. (2011). Developing criteria for elderly nursing homes: the case of Lebanon. International Journal of Health Care Quality Assurance, 24 (3): 211-222.

تشير دراسة في البحرين بأن الأمراض المزمنة آخذة في الارتفاع، فنسبة الوفيات الناجمة عن السكري 3.4% من مجموع الوفيات عام 1988[76]، كما أن نسبة السكري عند المُسِنّيْن هو 12.9%، وكل ذلك يعود حسب الدراسة إلى السمنة، والقليل من النشاط البدني والحركة، والتغييرات في الأوضاع الاجتماعية والسلوكيات وأنماط التغذية[77].

وكانت نسب كافة الأمراض المزمنة أعلى عند النساء، ما عدا مرض القرحة في المعدة، كما أن نسبة المدخنين كانت أعلى عند الرجال 38.6% مقارنةً مع 24.8% عند الإناث، ويتناول الذكور تغذية إجمالية بنسبةٍ 19.3% وهي أعلى من الإناث 12.4%[78] ، كما تشير هذه الدراسة إلى ضرورة زيادة الحديد والكالسيوم عند المُسِنّيْن الذين يقيمون في دور الرعاية[79].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في الإمارات العربية المتحدة

في دراسةٍ أجريت عام 2003 في الإمارات العربية المتحدة شملت 184 مُسِنّاً تجاوزت أعمارهم 65 سنة، وكانت نسبة الإناث فيها 52%، ومعدل الأعمار 71.8 سنة، وكان 76% منهم متزوجين، و11% منهم أُمّيّين، و89% مقيمين مع أفراد أسرهم، ولدى 15% منهم خدم في المنزل، وتبيَّن أن معظمهم 83% كان باستطاعتهم القيام بالأعمال اليومية، وأما نسب الأمراض المزمنة فكانت: السكري 37% مقارنةً مع 10% في الولايات المتحدة الأمريكية، واعتبر معظم المُسِنّون (79%) بأن صحتهم جيدة مقارنةً مع نسبة 82% في الولايات المتحدة الأمريكية، كما يبدو أن نسبة الأمراض النفسية كانت أقل مما هو مقدَّر، وقد تكون أسباب هذه المعدلات الجيدة التقاليد الأسرية والدينية، والموارد الجيدة[80].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في المملكة العربية السعودية

شملت هذه الدراسة 6139 مُسِنّاً في الفترة 1994 - 1997، منهم 42% من الذكور، ومعدل أعمارهم 69.2 سنة، أما الإناث فكان معدل السن لديهن 68، ونسبة الأرامل 46.7% والأرامل من الذكور 4.1% فقط. وكان 9.3% منهم غير متزوجين، أما نسبة الأمية فكانت أعلى عند الإناث 95.8%، منها عند الذكور 71.4%، وكان 33.8% من هذه الشريحة مصابين بأمراض تم تشخيصها بالفعل، وازدادت هذه النسبة مع التقدُّم في السن، كما كانت نسبة الاعتماد على الغير 18.8%. وكانت نسبة ضعف الإبصار 46.1% وضعف السمع 19.9%. أما نسبة من اعتبر بأنه بصحةٍ جيدة فكانت 72.2%. والذين يقيمون بمفردهم فقط 3.7%. أما نسبة الذين يتمتعون بنشاط بدني فكانت 14.7% فقط[81].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في قطر

وصلت نسبة الزَّرَق أو ارتفاع ضغط العين Glaucoma لمن تخطى سن الأربعين 1.7% مع ازدياد هذه النسبة لمن تخطى سن 60 خاصةً إذا كان يشكو من قصر النظر Myopia[82]، وساعدت هذه الدراسة وغيرها من قطر ومن الدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي على إنشاء برنامج رؤية 2020 Vision 2020 بالتعاون مع إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، يؤمن هذا البرنامج الرعاية الشاملة والمتكاملة بما فيها الوقاية والعلاج لكافة المواطنين، إضافةً إلى زيادة الوعي لدى المواطن بما يتعلق بأمراض العين والبصر.[8483]

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في سلطنة عُمان

[76] Hamadeh RR; "Noncommunicable diseases among the Bahraini population: a review"; East Mediterr Health J. 2000 Sep-Nov;6(5-6):1091-7.
[77] Musaiger AO; "Diabetes mellitus in Bahrain: an overview"; Diabet Med. 1992 Jul;9(6):574-8.
[78] Hamadeh RR; "Noncommunicable diseases among the Bahraini population: a review"; East Mediterr Health J. 2000 Sep-Nov;6(5-6):1091-7.
[79] Musaiger AO; "Diabetes mellitus in Bahrain: an overview"; Diabet Med. 1992 Jul;9(6):574-8.
[80] Arch Gerontol Geriatr. 2003 Jul-Aug;37(1):1-12.- The health status of community based elderly in the United Arab Emirates. Margolis SA, Carter T, Dunn EV, Reed RL
[81] Int J Aging Hum Dev. 2000;50(1):43-60. Appraisal of clinical, psychosocial, and environmental health of elderly in Saudi Arabia: a household survey. Al-Shammari SA, Al Mazrou Y, Jarallah JS, Al Ansary L, El Shabrawy Ali M, Bamgboye EA.
[82] Fatma A. Al-Mansouri, Aida Kanaan, Hamad Gamra, Rajiv Khandekar,[1] Shakeel P. Hashim, Omar Al Qahtani, and Mohd. Farouk Ahmed; "Prevalence and Determinants of Glaucoma in Citizens of Qatar Aged 40 Years or Older: A Community-Based Survey"; Middle East Afr J Ophthalmol. 2011 Apr-Jun; 18(2): 141–149.
[83] Five year National Plan for eye Care in State of Qatar. National Committee for Prevention of Blindness. Ministry of Health published in. 2006
[84] Office of the Minister of Social Affairs, State of Qatar
http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/QatarOfficialTranslation.pdf

أفادت دراسة من سلطنة عُمان بأن نسبة المُسِنّيْن ستزداد ستة أضعاف ما كانت عليه عام 2009، كما أن نسبة التعرض لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة ستصبح 86%، كما أفادت هذه الدراسة الإحصائيات التالية[85،86،87]: تشكل الأمراض المزمنة نسبة 75% من مجموع المراضة، والسبب الأول للوفيات هي أمراض القلب، ويصاب 12% من السكان بالسكري، ونسبة الوزن الزائد 30% والسمنة 20% بين السكان، ونسبة المتلازمة الاستقلابية Metabolic Syndrome 21%.

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في العراق

تشير دراسة أجريت في أحد المستشفيات الجامعية في العراق[88] بأن أسباب ضعف النظر والعمى هي السادّ أو إعتام عدسة العين Cataract 76%، والسكري 12.9%، والزَّرَق أو ارتفاع ضغط العين Glaucoma 5%، وأن معظم المصابين هم من الشريحة الاجتماعية الأقل يسراً، كما تنبه هذه الدراسة بأن طول فترات الانتظار لتلقي العلاج هو أحد أسباب العمى، وكذلك النقص في المعلومات الذي يؤدي إلى الإهمال وتأجيل طلب العلاج.

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في تونس

تؤمن الدولة في تونس الرعاية الصحية المجانية للمُسِنّين[89] ، لا سيما من هم أكثر فقراً في المؤسسات الحكومية، كما في مراكز التأهيل والعلاج الفيزيائي[90]، وكذلك بواسطة فرق نقالة تجوب المناطق الريفية لتوفير الخدمات العلاجية للمُسِنّين.

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في الجزائر

بناء على توصية من الجمعيات الطبية، تمَّ تأسيس مراكز صحية ونوادي للمُسِنّيْن لا سيما في المناطق الريفية، يحصل المُسِنّوْن فيها على الخدمات الصحية والاجتماعية وهم ضمن أسرهم ومحيطهم دون الحاجة للسفر وللانتقال، الأمر الذي قد يزيد من أعباء المرض والاعتماد عليهم[91].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في فلسطين

تعتمد الدولة على منظمات المجتمع الأهلي لتوفير الرعاية الصحية للمُسِنّيْن، وتدعم هذه الجهود، لا سيما تلك التي توفر خدمات طبية متعلقة بقاطني المناطق الريفية والنائية، كما تتضمَّن هذه البرامج الدعم الاجتماعي ومحاربة العوز والفقر عند المُسِنّيْن[92].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في الأردن

أشارت دراسة من الأردن[93] بأن أحد أهم أسباب الضعف في النظر والعمى هو المضاعفات التي يسببها السكري في العين، وكذلك السادّ أو الإعتام لعدسة العينCataract والإصابات Trauma، إضافةً إلى الزَّرَق أو ارتفاع ضغط العين Glaucoma والتنكُّس البقعي Macular Degeneration[94].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في لبنان

[85] Ganguly SS, Al-Shafaee MA, Al-Lawati JA, Dutta PK, Duttagupta KK; "Epidemiological transition of some diseases in Oman: a situational analysis"; East Mediterr Health J. 2009 Jan-Feb;15(1):209-18.and Mar-Apr;15(2):344. (Erratum)
[86] Al-Lawati JA, Mabry R, Mohammed AJ; "Addressing the threat of chronic diseases in Oman"; Prev Chronic Dis. 2008 Jul;5(3):A99. Epub 2008 Jun 15.
[87] Al-Shookri A, Khor GL, Chan YM, Loke SC, Al-Maskari M; "Type 2 diabetes in the sultanate of Oman"; Malays J Nutr. 2011 Apr;17(1):129-41.
[88] Faiz I. Al-Shakarchi; "Blindness in Iraq: Leading Causes, Target Patients, and Barriers to Treatment"; Middle East Afr J Ophthalmol. 2011 Jul-Sep; 18(3): 199–203.
[89] Tunisian Union for Social Solidarity, Elderly Care—Legislation at http://www.utss.org.tn/index.php?Itemid=390&id=127&limit=1&limitstart=2&option=com_content&task=view
[90] http://www.mohp.gov.eg/Sec/Organization/senterh3.asp?x=4
[91] http://www.globalaging.org/health/world/2010/unit.htm,; http://www.elaph.com/Web/elaphplus/2010/5/563942.html
[92] Elderly Home Care Project, http://www.insanonline.net/news_details.php?id=11017 (last visited November 2, 2010).
[93] Al-Bdour MD, Al-Till MI, Abu-Khader IB; "Causes of blindness among adult Jordanians: a hospital-based study"; Eur J Ophthalmol. 2002 Jan-Feb;12(1):5-10.
[94] Haddadin A, Ereifej I, Zawaida F, Haddadin H; "Causes of visual impairment and blindness among the middle-aged and elderly in northern Jordan"; East Mediterr Health J. 2002 Mar-May;8(2-3):404-8.

يعتبر الانتحار من عواقب الاضطرابات النفسية، وتبين من دراسة للأمم المتحدة أجرتها على المُسِنّيْن في لبنان عام 1991 أن نسبة الانتحار عند المُسِنّيْن الذين يقيمون ضمن أسرهم ثلاثة أضعاف عند من يقيم بمفرده، وهي نتيجة مستغربة، إذ كان الاعتقاد السائد أن الأسرة هي الداعم الأساسي والحاضن للمُسِنّين، ويبدو أن الأحوال تغيَّرت مع هجرة الشباب والانقسامات الأسرية وتقويض الدعم الأسري، مما دفع ببعض الباحثين للقول أن الأسرة لا يمكن التعويل عليها من الآن فصاعداً في رعاية المُسِنّين فيها [95].

الأمراض المزمنة لدى المُسِنّين في مصر

تؤمِّن الدولة خدمات طبية متنقلةً لا سيما للمُسِنّيْن في المناطق الريفية[96]، كما تقوم الدولة بدعم وتدريب منظمات المجتمع الأهلي لتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية للمُسِنّيْن، وكذلك تقوم وحدة رعاية المُسِنّيْن في جامعة حلوان بتوفير رعاية صحية مجانية[97]، وتدريب أطباء وممرضين في تخصُّص طب الشيخوخة، أضف إلى ذلك بأن معظم كليات الطب في مصر تقوم هي أيضاً بتوفير الرعاية الطبية المجانية للمُسِنّين، وإعداد برامج لتوعية أفراد المجتمع حول الاهتمام بالمُسِنّيْن، كما تمَّ إعداد برنامج "المحِبة من خلال الرعاية" "Loving by caring" من قبل جمعية أهلية تدرِّب الأطباء الشباب لتقديم العون للمُسِنّين[98].

وأُنْشِئت في مستشفى عين شمس الجامعي وحدة للمُسِنّيْن عام 1984، وأجريت دراسة ضمَّت كل من قصد هذه الوحدة خلال أربعة أشهر من عام 1992، وعددهم 516 مُسِنّاً منهم 52.3% ذكور و47.7% أناث، وكان 70% منهم في سن 60 - 80 سنة. وكانت الشكوى الرئيسية أمراض الجهاز الحركي والعضلي (لا سيما وجع الظهر والمفاصل)، أما التبوُّل اللاإرادي (سَلَس البول) فكانت نسبته عالية عند الإناث، إلى جانب السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، وهي بنسبة 28%[99].

جدول الأمراض التي يعاني منها المُسِنّون

1	تشكل الأمراض المزمنة الأسباب الرئيسة للوفيات، إذ أن نسبة هذه الأمراض تزيد عن 45% في معظم الدول العربية.
2	تستأثر المنطقة بأعلى النسب لمرضى السكري عالمياً، إذ يتعدى عند المُسِنّيْن 20%، وكذلك ارتفاع معدلات ضغط الدم حوالي 50%، والسمنة حوالي 40 %.
3	يشكل الاكتئاب السبب الرئيسي للأمراض النفسية.
4	تزداد نسب الإصابة بالخَرَف في الدول العربية مع التقدُّم في السن.
5	برامج التأمين الصحي لا تشمل عادةً الاختلال المعرفي Cognitive Impairment
6	هنالك نسب عالية للإعاقة والاعتماد على الغير في القيام بالأعمال اليومية.
7	تبدو نسب ضعف البصر والسمع أعلى مما هي عليه في الدول المتقدمة.
8	لا بد من الإشارة إلى برنامج الدول الخليجية في مجال مكافحة العمى: الرؤية Vision 2020

[95] Courbage, Y. (1999). Economic and political issues of fertility transition in the Arab world. Population & Environment, vol. 20, No. 4, pp. 353–379.
[96] Cairo University Center for Elderly Care at http://enia.cu.edu.eg/soc.aspc
[97] http://www.globalaging.org/foreignlang/arabic/2007/Z%20Khair.htm
[98] http://enia.cu.edu.eg/soc.aspc
[99] J Egypt Public Health Assoc. 1993;68(1-2):21-31. An epidemiologic study of the health status among elderly in Ain Shams Geriatric Unit. Aisha AF, Fahim HI, Gabal MS, Ashour MA.

التأمين الصحي والاجتماعي في الدول العربية

هنالك نماذج عديدة للتأمين الصحي والاجتماعي، مع فروقات كثيرة بشكل عام، وتعتبر برامج التأمين الصحي والاجتماعي للعاملين في القطاع الحكومي هي الأفضل، والأكثر إفادةً للموظفين. إلا أنها لا تفيد العاملين بمفردهم أو في القطاع غير الرسمي مثل ربات المنازل والنساء بشكلٍ عام.

يوضح الجدول أدناه نسبة المواطنين الذين تتوفر لهم برامج التأمين الصحي والاجتماعي في بعض الدول العربية:

الجزائر	%40
البحرين	%29.7
مصر	%92.4
العراق	%18.4
الأردن	%36.0
لبنان	%24.7
ليبيا	%87.3
المملكة المغربية	%20،0
فلسطين	%16.6
تونس	%49.4
اليمن	%13.1

المصدر: Robalino et al 2005

نسبة المُسِنّيْن الذين لا يزالون يعملون بعد سن 60 في بعض الدول العربية

الدولة	العام	العمر 60-69	العمر 70-79	العمر فوق 80
مصر	2000	43.9	23.6	12.2
الأردن	1990	47.9	28.7	11.4
لبنان	2004	37.5	24.3	10.4
فلسطين	2006	55.4	33.3	12.3
اليمن	1991	65.7	47.0	20.4

Source: Yount & Sibai 2009- PAPFAM data

بعض إنجازات الدول العربية في مجال الشيخوخة ورعاية المُسِنّيْن

الدولـة	الإنجـازات في مجـال الشيخوخة ورعـــايــة المُسِنّيْن
مملكة البحرين	• عيادات متنقلة منذ العام 1998 • الرعاية المنزلية • التشجيع على إنشاء منظمات المجتمع المدني لرعاية المُسِنّيْن • تأسيس دور للرعاية بالتعاون بين القطاعين العام والأهلي • التدريب للعناية بالمُسِنّيْن • زيادة التعاون بين أصحاب القرار
مصر	• إعداد برامج للعناية الطبية والتمريضية • إعداد برامج ومرافق للمُسِنّيْن تشمل الأندية • تسهيل التواصل مع المُسِنّيْن • إعداد بيانات وإحصائيات • برامج تثقيفية في وسائل الإعلام • مشاركة المُسِنّيْن في منظمات المجتمع الأهلي والجمعيات • العمل على تشريع يؤمن مجانية الرعاية الصحية للمُسِنين
العراق	• إعداد برامج تثقيفية حول العناية بالمُسِنّيْن. • تسهيل الرعاية الصحية من خلال بعض الإعفاءات في الخدمات التي تقدمها المستشفيات. • إعداد برامج ترفيهية وسياحية للمُسِنّيْن لمكافحة العزلة.
الأردن	• صياغة مؤشرات ونظم لاعتماد دور الرعاية ونوادي المُسِنّيْن • بعض المساعدات المالية الشهرية لمكافحة العوز • إدخال مواد تربوية حول المُسِنّيْن في المدارس والجامعات • تأمين معدات طبية للمُسِنّيْن كالكراسي المتحركة والعكازات • تدريب القائمين على تقديم الرعاية في المؤسسات التي تعنى بالمُسِنّيْن
سلطنة عُمان	• إعداد خطة شاملة وبرامج وطنية لتعزيز صحة المُسِنّيْن تشمل الوقاية من الأمراض والتثقيف الصحي، والكشف على سوء التغذية وبعض الأمراض. • اعتماد برامج تعليمية لتدريب القائمين على تقديم الخدمات من أطباء وممرضين ومساعدين اجتماعيين. • استحداث برامج "للشيخوخة المفعمة بالصحة" يشمل تشجيع أفراد الأسرة لمساعدة ذويهم وتنشيط التعاون بين القطاعين العام والأهلي والخاص، واهتمام إضافي بالأرامل والمطلقات.
فلسطين	• التعاون الوثيق بين الحكومة والقطاع الأهلي والجامعات لإعداد التشريعات المساندة للمُسِنّيْن. • تشجيع الفئات الشابة على مساعدة المُسِنّيْن، وتنظيم علاقات بين الأجيال وتدريب المعنيين بهذه البرامج. • القيام بدراساتٍ وبحوث ميدانية حول أوضاع المُسِنّيْن.
دولة قطر	• اعتماد خطة عمل واستراتيجية متكاملة للعناية بالمُسِنّيْن على أسس قواعد مدريد. • اهتمام إضافي بالإناث لا سيما المطلقات والأرامل. • برامج تدريب للمعنيين. • تشجيع التطوع للعمل مع المُسِنّيْن. • إنشاء المؤسسة القطرية للمُسِنّيْن للاهتمام ورعاية المُسِنّيْن الذين لا أهل لهم من خلال "برنامج أسري" يهتم بالمُسِنّيْن في منازلهم. • إعداد وزارة الشؤون الاجتماعية ومجلس الوزراء بحوث ميدانية ودراسات حول أوضاع المُسِنّيْن.
الجمهورية العربية السورية	• إعداد كتب ومنشورات لتدريب القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّيْن. • الاهتمام بالوقاية من خلال برامج سلامة المنزل، واستعمال الأدوية والتغذية السليمة، وتعزيز المشاركة الاجتماعية والزيارات. • إعداد دراسات حول أوضاع المُسِنّيْن 2010.
الإمارات العربية المتحدة	• تأمين الرعاية الصحية وترشيد المساعدات المالية للمتعاقدين. • دراسة المُسِنّيْن وبرامجهم بناء على مؤتمر مدريد.
الكويت	• إعداد وزارة الشؤون الاجتماعية لتقرير سنوي حول أوضاع المُسِنّيْن. • تؤمن الدولة الخدمات الصحية المجانية للمُسِنّيْن ضمن أسرهم وفي منازلهم.[100]
لبنان	• إعداد وزارة الشؤون الاجتماعية التقارير السنوية حول أوضاع المُسِنّيْن. • نشر دراسات حول العناية بالمُسِنّيْن عند الأزمات والحروب والطوارئ (بعد حرب 2006) بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للسكان
ليبيا	• دراسة حول أوضاع المُسِنّيْن (عام 2005)
المملكة المغربية	• دراسة حول المُسِنّيْن

[100] http://www.aljarida.com/aljarida/Article.aspx?id=180133

المملكة العربية السعودية	• دراسة وزارة الصحة (المانع 2010) حول الرعاية الصحية للمُسِنّيْن.
السودان	• دراسة عوامل الاكتئاب بين المُسِنّيْن في الخرطوم (2008) وأوضاع دور الرعاية للمُسِنّيْن في ولاية الخرطوم من قبل وزارة الصحة 2010.
تونس	• دراسة شاملة عن المُسِنّيْن 2004. • تؤمن الدولة في تونس الرعاية الصحية المجانية للمُسِنّين[101]، لا سيما من هم أكثر فقراً في المؤسسات الحكومية، كما في مراكز التأهيل والعلاج الفيزيائي[102]، وكذلك بواسطة فرق نقالة تجوب المناطق الريفية لتوفير الخدمات العلاجية للمُسِنّين.
اليمن	• دراسة لوزارة الشؤون الاجتماعية حول الأوضاع الاقتصادية والمعيشية للمُسِنّيْن والمتقاعدين.

في نهاية هذه الدراسة، وبعد طرح هذه الأفكار، لا بد من الاستنتاج التالي:

1. لا زالت هناك تحديات كبيرة في مجالات الاهتمام والرعاية للمُسِنّيْن في الدول العربية، علماً بأنه حصل تقدُّم كبير في الوقت نفسه منذ بداية القرن الحالي.

2. لا زالت التحديات الأكبر هي الموارد المالية والدراسات.

3. هنالك مجال واسع للتعاون بين الحكومة والقطاعين الأهلي والخاص لتطوير الخدمات الخاصة بالمُسِنّيْن في الدول العربية.

[101] Tunisian Union for Social Solidarity, Elderly Care—Legislation at http://www.utss.org.tn/index.php?Itemid=390&id=127&limit=1&limitstart=2&option=com_content&task=view
[102] http://www.mohp.gov.eg/Sec/Organization/senterh3.asp?x=4

خلاصة الدراسة

تواجه كافة الدول العربية زيادة في أعداد المُسِنّيْن، وكذلك زيادة في نسب الأمراض المزمنة، ومع هذين الأمرين ازدادت نسب العجز والإعاقة والاعتماد على الغير التي تؤدي مجتمعةً إلى زيادة ملحوظة في معدلات الدخول في المراكز الصحية والمستشفيات، طلباً للرعاية الصحية، مما يجعل من الضروري أن تسنّ الدول العربية القوانين والتشريعات لتأمين الرعاية الصحية والاجتماعية للمُسِنّيْن.

فالتقدُّم في السن وزيادة معدلات الإصابة بالأمراض قد تؤدي إلى سنواتٍ إضافية من العمر، لكنها قد تكون سنوات مشوبةً بالإعاقة وبتدني نوعية الحياة وبالمرض. وقد تكون السلوكيات التي رافقت هذه التطوُّرات، مثل التدخين والسمنة والإقلال من النشاط البدني، من الأسباب التي أدَّت إلى ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة، وبالتالي إلى تدهور صحة الكبار، وتشير الإحصائيات بأن الأمراض المزمنة أصبحت تشكل 47% من أسباب المراضة، وان هذه النسبة سترتفع إلى 60% بحلول العام 2020"[103]، وقد تكون هذه النسبة الأعلى مقارنةً مع كافة الدول، كما أن 66% من هذه الأمراض ستصيب من تجاوز سن ال60 سنة[104].

استناداً لدراسة جامعة الدول العربية حول صحة الأسرة في جميع البلدان العربية عام PAPFAM 2008 [105] التي شملت تسع دول عربية، فإن نسبة المُسِنّيْن الذين يشكون من مرض مزمن واحد على الأقل تتراوح بين 13.1% في جيبوتي لتصل إلى 63.8% في لبنان، وبنسبة 45% في معظم الدول الأخرى، كما تفيد هذه الدراسة بأن هذه الأمراض هي ارتفاع في ضغط الدم. وأمراض القلب والسكري والتهاب المفاصل، وألم الظهر والزَّرَق أو ارتفاع ضغط الدمglaucoma وارتفاع كولسترول الدم[106].

كما تفيد الدراسات بأن هنالك اختلافاً مهماً بالوضع الصحي بين الذكور والإناث، فإذا كانت نسبة أمراض القلب أعلى عند الذكور فإن نسبة السمنة والسكري وأمراض الهيكل العظمي والعضلي والكسور والاكتئاب أعلى عند الإناث[107]، وبشكل عام فإن نسب الأمراض المزمنة تبقى أعلى عند الإناث مما حدا بإطلاق تسمية "تأنيث الفقر والمرض نتيجة الأوضاع الاجتماعية والصحية والمادية للإناث على مر حياتهن.[108]

وتشكل أمراض القلب والفالج أهم أسباب المراضة والوفيات، لا سيما عند المُسِنّيْن، وهي آخذة بالارتفاع، ففي لبنان تشكل هذه الأمراض نسبة 60% من الوفيات لمن تجاوز عمر 50 سنة[109]، أما في الجمهورية العربية السورية فالنسبة هي 45% وفي الأردن 35%[110].

أما أمراض السرطان، فهي السبب الرئيسي الثاني للوفيات في الدول العربية، حيث يشكل 34% من الوفيات في الكويت، و13% في الأردن، و15% في لبنان[111]، أما أنواع الأمراض السرطانية فهي مختلفة بعض الشيء بين البلدان، فنسب سرطان الرئة والمثانة عالية بين الذكور في الجزائر ومصر والأردن ولبنان وتونس. ونسب سرطان الثدي عالية في لبنان[112] (Lakkis et al). إن تزايد الأمراض السرطانية يدعو إلى تطوير وزيادة برامج الكشف المبكر عن هذه الأمراض وسبل الوقاية منها.

---

[103] Khatib O (2004). Noncommunicable diseases: risk factors and regional strategies for prevention and care. La Revue de Sante de la Mediterranee orientale 10(6).

[104] Motlagh B, O'Donnell M, and Yusuf S (2009). Prevalence of cardiovascular risk factors in the Middle East: a systematic review. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation 16(3): 268-280.

[105] Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) (2008). League of Arab States: Analysis of Survey Data. Unpublished data.

[106] Regional Mapping, 2012. Regional ICPD and MIPAA Review on Aging in the Arab World: Mapping for policies and legislation, data and research and institutional arrangements. Center for Studies on Ageing (CSA) and UNFPA, 2012

[107] Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

[108] Restrepo HE and Rozental M (1994). The social impact of ageing populations: some major issues. Soc Sci Med 39(9):1323-38.

[109] Sibai AM, Fletcher A, Hills M, Campbell O (2001). Non-communicable disease mortality rates using the verbal autopsy in a cohort of middle aged and older populations in Beirut during wartime, 1983-1993. Journal of Epidemiology and Community Health, 55: 271-276.

[110] Maziak W, Rastam S, Mzayek F, Ward KD, Eissenberg T, Keil U (2007). Cardiovascular Health among Adults in Syria: A Model from Developing Countries. Annals of Epidemiology 17: 713-720

[111] Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

[112] Lakkis NA, Adib SM, Osman MH, Musharafieh UM, and Hamadeh GN (2010). Breast Cancer in Lebanon: Incidence and comparison to regional and Western countries. Cancer Epidemiology 34(3): 221-225.

أما ارتفاع ضغط الدم، فهو يصيب حوالي ثلث البالغين، وقد يصل إلى 50% عند المُسِنّيْن الذكور وإلى 65 عند المُسِنّيْن من الإناث[113].

ويبدو أن المنطقة العربية تعاني من أعلى نسب السكري، إذ تصل هذه النسبة إلى 11% بين البالغين و20% عند المُسِنّيْن.[114] وتحتل 5 دول عربية أعلى النسب بين الدول العشرة دولياً وهذه الدول هي: مملكة البحرين والكويت وقطر وجيبوتي والإمارات العربية المتحدة). ومن مضاعفات السكري: اضطرابات الإبصار والعمى وبتر الساق والفشل الكبدي.

أما النسب العالية من السمنة التي تصل إلى 40% لا سيما عند المُسِنّيْن من الإناث في دول التعاون الخليجي وتونس، فيبدو أنها تعود إلى سلوكيات فردية وإلى عوامل اجتماعية وحتى مناخية مثل ارتفاع حرارة الجو والمناخ وضوابط اجتماعية أخرى[115].

وتشير الدراسات إلى تفاوت في نسب التدخين بين دولة وأخرى من الدول العربية، قد يصل إلى عشرة أضعاف، فنسب التدخين عالية عند المُسِنّيْن الذكور، تتراوح بين 30 إلى 50% في البحرين ومصر والأردن ولبنان وتونس، وهي بحدود 7% - 15% في سلطنة عُمان والإمارات العربية المتحدة، كما أن نسب التدخين منخفضة عند الإناث، إذ لا تتجاوز النسب 5% في معظم الدول، ما عدا البحرين (24.82%) ولبنان (17.37%)[116]، وقد يكون من أسباب هذه النسب المرتفعة تدخين النرجيلة، كما يبدو أن سلوكيات الإناث أخذت تحذو حذو سلوكيات الرجال في ما يتعلق بالتدخين[117] (Tamim et al).

وبشكلٍ عام، ما زالت الدراسات المتعلقة بالأمراض النفسية عند المُسِنّيْن قليلة في الدول العربية، إنما ما توفَّر من دراسات تشير إلى أن الاكتئاب هو أهم هذه الأمراض، إذ تصل نسبة المصابين بهذا الأمر إلى 50% في تونس و25% في الأردن ولبنان، و20% في الإمارات العربية المتحدة عند المُسِنّيْن[118]، كما أن الإناث أكثر عرضةً للاكتئاب لا سيما عند تقدُّم العمر، والإقامة في دور الرعاية، وضعف الإمكانيات المادية، والمستوى العلمي المنخفض، والطلاق والترمُّل.

كما أن نسبة الإصابة بالخَرَف آخذة بالازدياد مع التقدُّم بالعمر، وأكثرها نتيجة الإصابة بمرض ألزهايمر، وتشير التوقعات بأن عدد المصابين بالخَرَف سيزداد من 1.2 مليون نسمة عام 2010 إلى 2.5 عام 2030 حسب تقديرات منظمة ألزهايمر الدولية لعام 2009، والدراسات حول هذا المرض في الدول العربية قليلة[119].

وهنالك أيضاً تفاوت كبير في نسب الإعاقة والاعتماد على الغير في الدول العربية، مع نسب أعلى عند الإناث مقارنةً بالذكور من المُسِنّيْن[120]، والأمر ذاته بالنسبة للإصابة بضعف البصر والسمع والعمى والصمم، فالدراسات قليلة، إنما يبدو أن النسب أعلى مما هو متوقع عالمياً بسبب ندرة معالجة أمراض العين والاعتقاد السائد بأن هذه الأمور طبيعية مع التقدُّم في العمر[121].

---

113 Hammami S, Mehri S, Hajem S, Koubaa N, Frih MA, Kammoun S, Hammami M and Betbout F (2011). Awareness, treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia. BMC Cardiovascular Disorders, 11:65.

114 International Diabetes Federation (IDF) (n.d.). Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. Accessed at http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/middle-east-and-north-africa on February 26, 2013.

115 Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

116 Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

117 Tamim H, Terro A, Kassem H, Ghazi A, Abou Khamis T, Abdul Hay MM and Musharrafieh U (2003). Tobacco use among university students, Lebanon, 2001. Addiction 98(7): 933-939

118 Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1, 277-315.

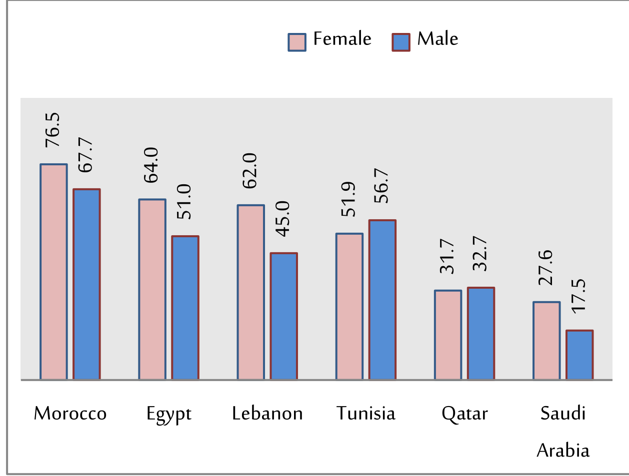
119 Alzheimer's Disease International (2009). World Alzheimer Report 2009. Accessed on http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf.

120 Youssef RM (2005). Comprehensive health assessment of senior citizens in Al-Karak governorate, Jordan. East Mediterr Health J 11(3):334–348.

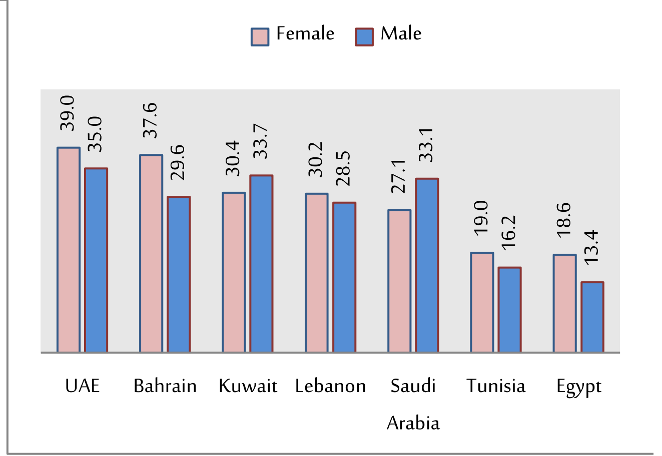
121 Al-Shakarchi FI (2011). Blindness in Iraq: Leading Causes, Target Patients, and Barriers to Treatment. Middle East Afr J Ophthalmol 18(3): 199–203.

وأخيراً، يبدو أن هنالك بعض الصعوبات في تأمين صحةٍ جيدة وحياة مستقلة للمُسِنّيْن دون الاعتماد على الغير في العقود القادمة، مما يستدعي زيادة الوعي والاهتمام من قبل الدولة والقطاع الأهلي[122].

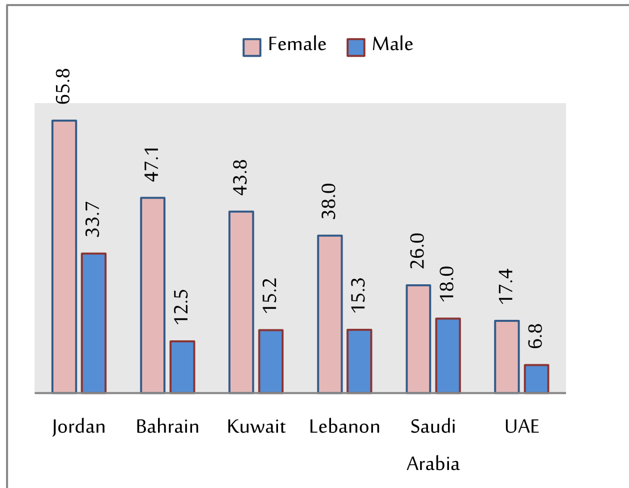
Hypertension ارتفاع ضغط الدم



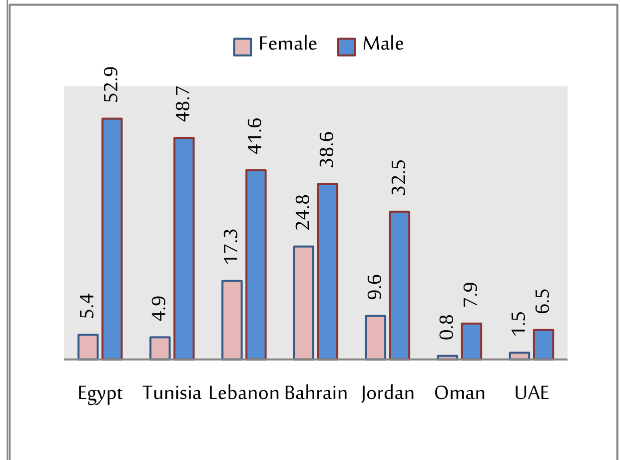
Diabetes السكري



Obesity السمنة



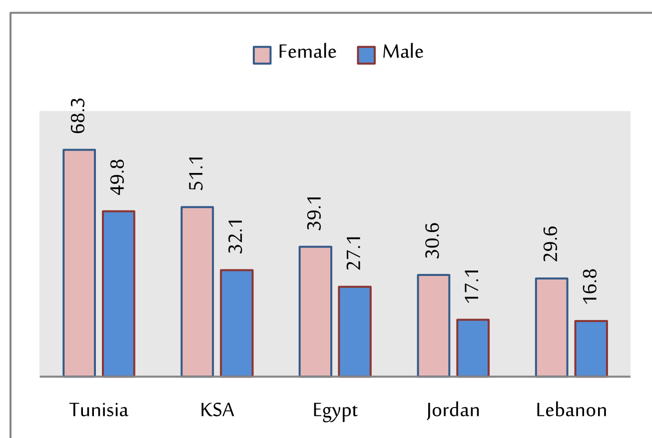
Smoking التدخين



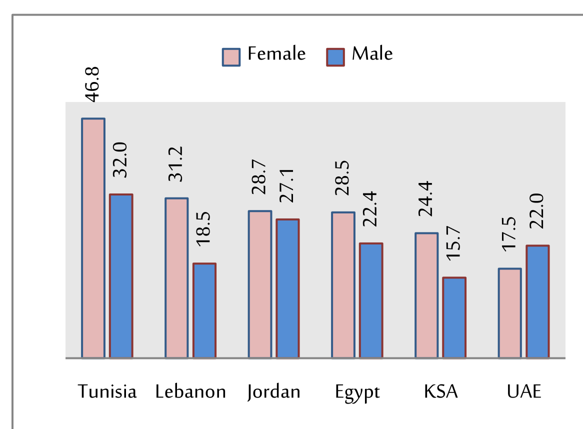
المصدر: *adapted from Yount and Sibai. 2009*

[122] Sibai AM, Tohme RA, Yamout R, Yount KM and Kronfol NM (2012). The older persons: From veneration to vulnerability? In S. Jabbour, R. Giacaman, M. Khawaja, and I. Nuwayhid (Eds.), Public health in the Arab World. Cambridge: Cambridge University Press. Pages 264-275.

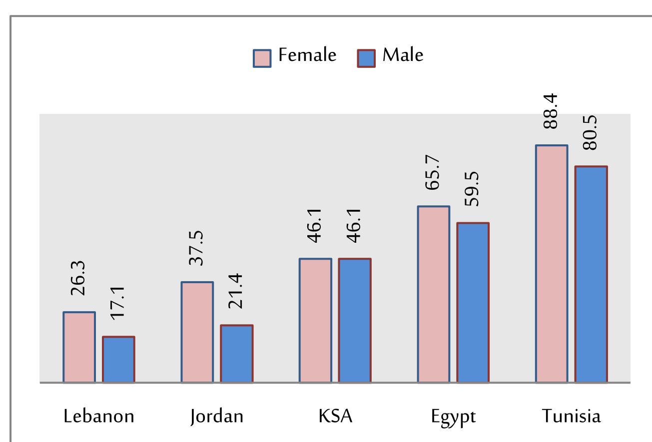
Depression الاكتئاب



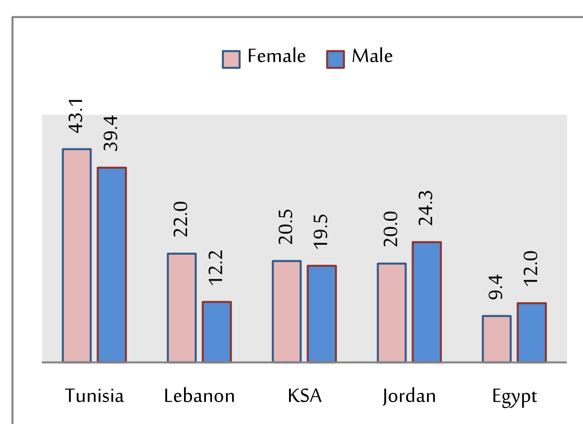
ADL Dependence الاعتماد على الغير للقيام بالأعمال اليومية



Poor Vision ضعف الإبصار

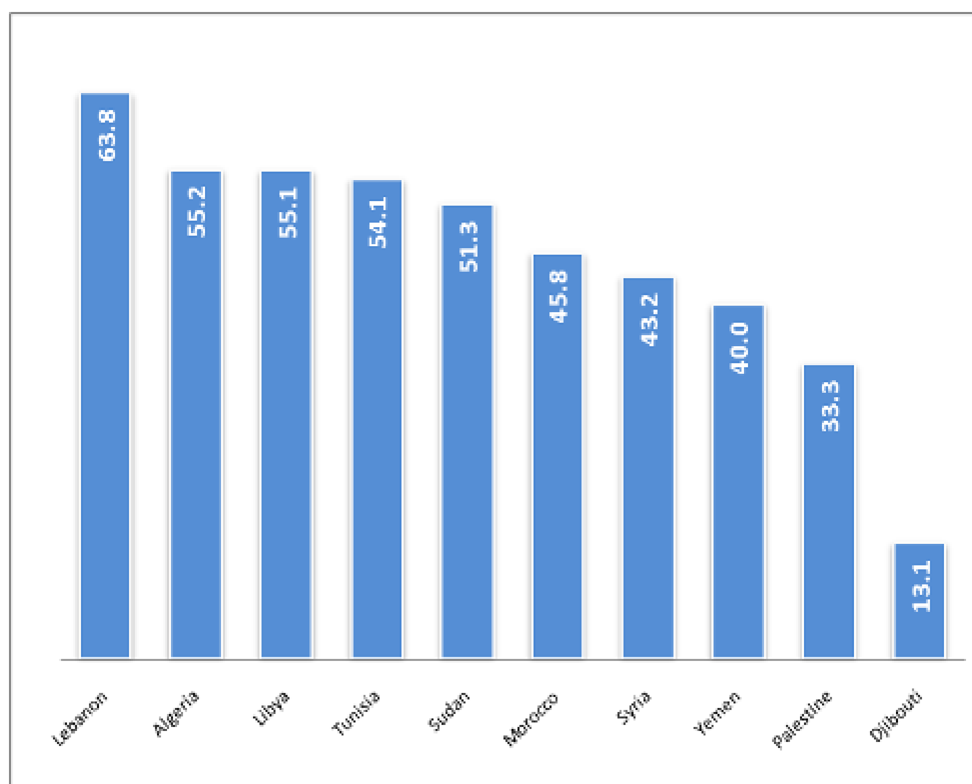


Poor Hearing ضعف السمع



Source: adapted from Yount and Sibai. 2009

النسبة المئوية للمُسِنّين الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل في بعض البلدان المختارة



Source: PAPFAM. 2008

[1] - الإسكوا، خطة العمل العربية للمُسِنّين حتى عام 2012 (E/ESCW/A/SD/2002/WG.1/8) ص 28.

[1] - أعدَّت الإسكوا مسودة خطة العمل العربية للمُسِنّين حتى عام 2012، التي اعتمدتها البلدان الأعضاء خلال الاجتماع العربي التحضيري للجمعية العالمية الثانية للشيخوخة (بيروت، 5-8 شباط/فبراير 2002).

1. Anthony Rizk. Nabil M. Kronfol. Suzanne Moffatt. Shahaduz Zaman. Souha Fares and Abla Mehio Sibai; A survey of knowledge-to-action pathways of aging policies and programs in the Arab region: the role of institutional arrangements;; *Implementation Science*201510:170 ; DOI: 10.1186/s13012-015-0360-8
2. Abyad. A. (1997). In-office screening for age-related hearing and vision loss. Geriatrics. 52(6). 45-6. 51-4. 57
3. Abyad. A. (2001). Health care for older persons: A country profile--Lebanon. Journal of the American Geriatrics Society. 49(10). 1366-1370
4. Abyad. A.. & Mourad. F. (1996). Constipation: Common-sense care of the older patient. Geriatrics. 51(12). 28-34
5. Fatima Hallaj et al; Activity patterns of residents in homes for the elderly in Alexandria. Egypt;; Eastern Mediterranean health journal 16(11):1183-8 · November 2010
6. Al Riyami. A.. Al Hadabi. S.. Abd El Aty. M.A.. Al Kharusi. H.. Morsi. M.. Jaju. S. (2010). Nutrition knowledge. beliefs and dietary habits among elderly people in Nizwa. Oman: implications for policy. Eastern Mediterranean Health Journal. Vol. 16 (8): 859-867
7. Al-Bdour MD. Al-Till MI. Abu-Khader IB; “Causes of blindness among adult Jordanians: a hospital-based study”; Eur J Ophthalmol. 2002 Jan-Feb;12(1):5-10.
8. Al-Lawati JA. Mabry R. Mohammed AJ; “Addressing the threat of chronic diseases in Oman”; Prev Chronic Dis. 2008 Jul;5(3):A99. Epub 2008 Jun 15.
9. Al-Shakarchi FI (2011). Blindness in Iraq: Leading Causes. Target Patients. and Barriers to Treatment. Middle East Afr J Ophthalmol 18(3): 199–203.
10. Al-Shookri A. Khor GL. Chan YM. Loke SC. Al-Maskari M; “Type 2 diabetes in the sultanate of Oman”; Malays J Nutr. 2011 Apr;17(1):129-41.
11. Alzheimer's Disease International (2009). World Alzheimer Report 2009. Accessed on http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf.
12. Margolis SA. Carter T. Reed RL; Arch Gerontol Geriatr. 2002 Jul-Aug;35(1):35-44.; Prescribing behavior for the elderly in the United Arab Emirates: psychotropic medication use remains low despite rising overall appropriate and inappropriate medication use..
13. Margolis SA. Carter T. Dunn EV. Reed RL; Arch Gerontol Geriatr. 2003 Jul-Aug;37(1):1-12.- The health status of community based elderly in the United Arab Emirates.
14. Aribi L et al ; Evaluation of depression in elderly people living in nursing homes: a study involving 35 people]. (PMID:20890817);
15. Aliabadi M. Kimiagar M. Ghayour-Mobarhan M. Shakeri MT. Nematy M. Ilaty AA. Moosavi AR. Lanham-New S; Asia Pac J Clin Nutr. 2008;17(2):285-9; Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study..
16. Atallah. R.. Nehme. C.. Seoud. J.. Yeretzian. J.. Zablit. C.. Levesque. L.. Francine. D. (2005). Les aidants familiaux de personnes agees en perte d'autonomie au Liban: quel est leur contexte de soin? Recherche En Soins Infirmiers. (81). 122-138
17. Sonia Hammami et al; Awareness. treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia; Australas Med J. 2011;4(6):346-53. doi: 10.4066/AMJ.2011.825. Epub 2011 Jun 30. *BMC Cardiovascular Disorders*201111:65
18. Boulos. C.. Salameh. P.. & Barberger-Gateau. P. (2016). Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatrics & Gerontology International
19. Boulos. C.. Salameh. P.. Barberger-Gateau. P. (2013) Factors associated with poor nutritional status among community dwelling Lebanese elderly subjects living in rural areas: results of the AMEL study. The journal of nutrition. health and aging.
20. Boulos. C.. Salameh. P.. Barberger-Gateau. P. (2013) The AMEL Study. a cross sectional population-based survey on aging and malnutrition in 1200 elderly Lebanese living in rural settings: protocol and sample characteristics. BMC Public Health. DOI:10.1186/1471-2458-13-573.
21. Boulos. C.. Salameh. P.. Barberger-Gateau. P. (2015). Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. Clinical Nutrition. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.008
22. Cairo University Center for Elderly Care at http://enia.cu.edu.eg/soc.aspc
23. Chaaya. M.. Sibai. A. M. & El-Chemaly. S. (2006). Smoking patterns and predictors of smoking cessation in elderly populations in Lebanon. International Journal of Tuberculosis & Lung Disease. 10(8). 917-923.
24. Chaaya. M.. Sibai. A. M.. Fayad. R.. & El-Roueiheb. Z. (2007). Religiosity and depression in older people: Evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon. Aging 20& Mental Health. 11(1). 37-44.
25. Chaaya. M.. Sibai. A.M.. Tabbal. N.. Chemaitelly. H.. El Roueiheb. Z.. Slim Z.N. (2010). Work and mental health: the case of older men living in underprivileged communities in Lebanon . Ageing and Society. 30: 25-40.
26. Chahine. L. M.. Bijlsma. A.. Hospers. A. P.. & Chemali. Z. (2007). Dementia and depression among nursing home residents in Lebanon: A pilot study. International Journal of Geriatric Psychiatry. 22(4). 283-285.
27. Bener A. Saleh N. Burgut FT. Climacteric. 2008 Oct;11(5):429-35. doi: 10.1080/13697130802241519.; Prevalence and determinants of fecal incontinence in premenopausal women in an Arabian community. Courbage. Y. (1999). Economic and political issues of fertility transition in the Arab world. Population & Environment. vol. 20. No. 4. pp. 353–379.
28. Foroughan M. Farahani ZG. Shariatpanahi M. Vaezinejad M. Kamerani AA. Sheikhvatan M; Curr Alzheimer Res. 2008 Feb;5(1):70-2. Risk factors of Alzheimer's disease among Iranian population.-.
29. Engin S. Ozturk M. Engin N. Kulaksizoglu IB; Dark side of the town: depressive symptoms in disadvantaged senior citizens.; J Nutr Health Aging. 2010 Jun;14(6):483-7
30. Shah. Nasra M et al ; Decline in Co-Residence of Parents and Children Among Older Kuwaiti Men and Women:; Journal of Cross-Cultural Gerontology. Jun2011. Vol. 26 Issue 2. p157-
31. Tajvar M. Arab M. Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran. Iran. East Mediterr Health J. 2001 Jul-Sep;7(4-5):716-24.
32. Abolfotouh MA. Daffallah AA. Khan MY. Khattab MS. Abdulmoneim I; Central obesity in elderly individuals in south-western Saudi Arabia: prevalence and associated morbidity..
33. Abolfotouh MA. Daffallah AA. Khan MY. Khattab MS. Abdulmoneim I; East Mediterr Health J. 2001 May;7(3):481-91. Psychosocial assessment of geriatric subjects in Abha City. Saudi Arabia.

34. Youssef RM; East Mediterr Health J. 2005 May;11(3):334-48.Comprehensive health assessment of senior citizens in Al-Karak governorate. Jordan..
35. Khalid Almas; B al-Shammari and S al-Dukhyeel; Education level. oral hygiene and smoking habits of an elderly Saudi population in Riyadh. Tropical dental journal 26(101):4-6 · April 2003;
36. El Zoghbi. M.. Boulos. C.. Al Hajje. A.. Saleh. N.. Awada. S.. Rachidi. S.. Bawab. W. and Salameh. P. (2013). Associations between cognitive function and nutritional status in elderly: A cross-sectional study in three institutions of Beirut – Lebanon. Geriatric Mental Health Care. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.gmhc.2013.04.007.
37. El Zoghbi. M.. Boulos. C.. Awada. S.. et al. (2014) Prevalence of malnutrition and its correlates in older adults living in long stay institutions situated in Beirut. Lebanon. Journal of Research in Health Sciences. 14(1).
38. Elderly Home Care Project. http://www.insanonline.net/news_details.php?id=11017
39. Faiz I. Al-Shakarchi; "Blindness in Iraq: Leading Causes. Target Patients. and Barriers to Treatment"; Middle East Afr J Ophthalmol. 2011 Jul-Sep; 18(3): 199–203.
40. Fatma A. Al-Mansouri. Aida Kanaan. Hamad Gamra. Rajiv Khandekar.[1] Shakeel P. Hashim. Omar Al Qahtani. and Mohd. Farouk Ahmed; "Prevalence and Determinants of Glaucoma in Citizens of Qatar Aged 40 Years or Older: A Community-Based Survey"; Middle East Afr J Ophthalmol. 2011 Apr-Jun; 18(2): 141–149.
41. Five year National Plan for eye Care in State of Qatar. National Committee for Prevention of Blindness. Ministry of Health published in. 2006
42. Ganguly SS. Al-Shafaee MA. Al-Lawati JA. Dutta PK. Duttagupta KK; "Epidemiological transition of some diseases in Oman: a situational analysis"; East Mediterr Health J. 2009 Jan-Feb;15(1):209-18.and Mar-Apr;15(2):344. (Erratum)
43. Margolis SA. Reed RL; Gerontology. 2001 May-Jun;47(3):161-7. Institutionalized older adults in a health district in the United Arab Emirates: health status and utilization rate..
44. Global burden of Diseases. WHO 2004
45. Haddadin A. Ereifej I. Zawaida F. Haddadin H; "Causes of visual impairment and blindness among the middle-aged and elderly in northern Jordan"; East Mediterr Health J. 2002 Mar-May;8(2-3):404-8.
46. Hamadeh RR; "Noncommunicable diseases among the Bahraini population: a review"; East Mediterr Health J. 2000 Sep-Nov;6(5-6):1091-7.
47. Hammami S. Mehri S. Hajem S. Koubaa N. Frih MA. Kammoun S. Hammami M and Betbout F (2011). Awareness. treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia. BMC Cardiovascular Disorders. 11:65.
48. Aghamolaei T. Tavafian SS. Zare S; Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas. Iran: a population-based study.;
49. Al-Shammari SA. Al Mazrou Y. Jarallah JS. Al Ansary L. El Shabrawy Ali M. Bamgboye EA; Int J Aging Hum Dev. 2000;50(1):43-60. Appraisal of clinical. psychosocial. and environmental health of elderly in Saudi Arabia: a household survey..
50. Al-Shammari SA. Al-Subaie A; Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Sep;14(9):739-47. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly..
51. N Kilzieh et al ; Int J Psychiatry Med. 2008; 38(2): 169–184. Comorbidity of depression with chronic diseases: a population-based study in Aleppo. Syria;;
52. International Diabetes Federation (IDF) (n.d.). Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. Accessed at http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/middle-east-and-north-africa
53. . Azaiza F. Brodsky J; Isr Med Assoc J. 2003 May;5(5):383-6. The aging of Israel's Arab population: needs. existing responses. and dilemmas in the development of services for a society in transitionJ Biosoc Sci. 2006 Sep;38(5):577-603.
54. Yount KM. Khadr Z; A biosocial model of medication use among older women and men in Ismailia. Egypt.
55. Shah NM. Yount KM. Shah MA. Menon I; J Cross Cult Gerontol. 2002 Dec;17(4):337-55. Living arrangements of older women and men in Kuwait..
56. Aisha AF. Fahim HI. Gabal MS. Ashour MA; J Egypt Public Health Assoc. 1993;68(1-2):21-31. An epidemiologic study of the health status among elderly in Ain Shams Geriatric Unit..
57. Sharaf AY. Ibrahim HS; J Gerontol Nurs. 2008 Dec;34(12):27-35. Physical and psychosocial correlates of fear of falling: among older adults in assisted living facilities..
58. Jawad. M.H.. Sibai. A.M.. Chaaya. M. (2009). Stressful life events and depression among older persons in a post-war context: Which informal support makes a difference? Journal of Cross Cultural Gerontology. 24:19-32.
59. Khatib O (2004). Noncommunicable diseases: risk factors and regional strategies for prevention and care. La Revue de Sante de la Mediterranee orientale 10(6).
60. Lakkis NA. Adib SM. Osman MH. Musharafieh UM. and Hamadeh GN (2010). Breast Cancer in Lebanon: Incidence and comparison to regional and Western countries. Cancer Epidemiology 34(3): 221-225.
61. Abla Mehio Sibai; Landscape of Research on Older Adults' Health in the Arab Region: Is It Demography-Driven or Development-Dependent?
62. Maziak W. Rastam S. Mzayek F. Ward KD. Eissenberg T. Keil U (2007). Cardiovascular Health among Adults in Syria: A Model from Developing Countries. Annals of Epidemiology 17: 713-720
63. Motlagh B. O'Donnell M. and Yusuf S (2009). Prevalence of cardiovascular risk factors in the Middle East: a systematic review. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation 16(3): 268-280.
64. Musaiger AO; "Diabetes mellitus in Bahrain: an overview"; Diabet Med. 1992 Jul;9(6):574-8.
65. Naglaa M. Abdo. Shereen Eassa and Ahmad M. Abdalla. Prevalence of Depression among Elderly and Evaluation of Interventional Counseling Session in Zagazig District –Egypt. Journal of American Science 2011;7(6):739- 748].(ISSN: 1545-1003).
66. Nasser. R.. Doumit. J. (2011). Developing criteria for elderly nursing homes: the case of Lebanon. International Journal of Health Care Quality Assurance. 24 (3): 211-222.
67. Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo. Egypt;
68. El Maghraoui A. Koumba BA. Jroundi I. Achemlal L. Bezza A. Tazi MA.Osteoporos Int. 2005 Jun;16(6):597-602. Epub 2004 Sep 28. Epidemiology of hip fractures in 2002 in Rabat. Morocco. BMC Public Health. 2008 Sep 22;8:323. doi: 10.1186/1471-2458-8-323
69. Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) (2008). League of Arab States: Analysis of Survey Data. Unpublished data.
70. Al Gamra H et al;; Prevalence and causes of blindness. low vision and status of cataract in 50 years and older citizen of Qatar-a community based survey; Ophthalmic Epidemiol. 2010 Oct;17(5):292-300. doi: 10.3109/09286586.2010.508350.

71. Prevalence and determinants of blindness. low vision. deafness and major bone fractures among elderly Omani population of Nizwa Wilayat (Nizwa elderly population study – 2005);
72. A. Bowirrat. T. A. Treves. R. P. Friedland and A. D. Korczyn ; Prevalence of Alzheimer's type dementia in an elderly Arab population DOI: 10.1046/j.1468-1331.2001.00183.x
73. Sonia Hammami. Sounira Mehri. Said Hajem. Nadia Koubaa. Hala Souid and Mohamed Hammami; Prevalence of diabetes mellitus among non institutionalized elderly in Monastir City;
74. Abdelmonem Hassan MS. PhD . Morwan Ramadan MD. FACP . Mohamed Osman Abdel-Rahman MB. DCP. FRCPath & Rajiv Khandekar et al; Prevalence of Undernutrition in a Long-Term Care Facility in Qatar; Indian J Ophthalmol. 2010 Jul-Aug; 58(4): 313–319. ; doi: 10.4103/0301-4738.64143; PMCID: PMC2907033
75. Regional Mapping. 2012. Regional ICPD and MIPAA Review on Aging in the Arab World: Mapping for policies and legislation. data and research and institutional arrangements. Center for Studies on Ageing (CSA) and UNFPA. 2012
76. Restrepo HE and Rozental M (1994). The social impact of ageing populations: some major issues. Soc Sci Med 39(9):1323-38.
77. Saab. Y. B.. Hachem. A.. Sinno. S.. & El-Moalem. H. (2006). Inappropriate medication use in elderly Lebanese outpatients: Prevalence and risk factors. Drugs & Aging. 23(9). 743-752.
78. El-Desouki MI. Osteoporosis in postmenopausal Saudi women using dual x-ray bone densitometry Saudi Med J. 2003 Sep;24(9):953-6..
79. Seoud. J.. Nehme. C.. Atallah. R.. Zablit. C.. Yeretzian. J.. Levesque. L.. Francine. G.. Francine. D. (2007). The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: An interview survey. International Journal of Nursing Studies. 44(2). 259-272.
80. Sibai AM. Fletcher A. Hills M. Campbell O (2001). Non-communicable disease mortality rates using the verbal autopsy in a cohort of middle aged and older populations in Beirut during wartime. 1983-1993. Journal of Epidemiology and Community Health. 55: 271-276.
81. Sibai AM. Tohme RA. Yamout R. Yount KM and Kronfol NM (2012). The older persons: From veneration to vulnerability? In S. Jabbour. R. Giacaman. M. Khawaja. and I. Nuwayhid (Eds.). Public health in the Arab World. Cambridge: Cambridge University Press. Pages 264-275.
82. Sibai. A. M.. Sen. K.. Baydoun. M.. & Saxena. P. (2004). Population ageing in Lebanon: Current status. future prospects and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. 82(3). 219-225
83. Sibai. A. M.. Zard. C.. Adra. N.. Baydoun. M.. & Hwalla. N. (2003). Variations in nutritional status of elderly men and women according to place of residence. Gerontology. 49(4). 215-224
84. Thomas Boggatz et al ; Socio-demographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians; DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05259.x; *Journal of Advanced Nursing* 66(5). 1047–1058.
85. Tarik Ramahi. Marwan Khawaja. Niveen Abu-Rmeileh and Sawsan Abdulrahim; Socio-economic disparities in heart disease in the Republic of Lebanon: findings from a population-based study; http://heartasia.bmj.com
86. Rafia Ghubach et al; Subjective life satisfaction and mental disorders among older adults in UAE in general population;; DOI: 10.1002/gps.2360
87. Tamim H. Terro A. Kassem H. Ghazi A. Abou Khamis T. Abdul Hay MM and Musharrafieh U (2003). Tobacco use among university students. Lebanon. 2001. Addiction 98(7): 933-939
88. Tohme. R.A.. Yount. K.M.. Yassine. S.. Shideed. O.. Sibai. A.M. (2011). Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? Ageing and Society. 31 (1): 1-17.
89. Hanadi Khamis Alhamad. Navas Nadukkandiyil. Ayman El-Menyar. Luay Abdel Wahab. Anoop Sankaranarayanan & Essa Mubarak Al SulaitiVitamin D deficiency among the elderly: insights from Qatar;http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2014.900003
90. Waked. M.. Khayat. G.. Salameh. P. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lebanon: a cross-sectional descriptive study. Clinical Epidemiology. 3:315-323
91. Waked. N.. Saad. A.. Mehanna. C.. Sleilaty. G.. & Kortbaoui. R. (2007). Prevalence. causes et facteurs de risque de la cecite et de la malvoyance chez les personnes agees des maisons de retraite Libanaises. Journal Francais d Opthalmologie. 30(5). 497-502.
92. WHO Global Burden of Diseases 2004
93. Yount KM and Sibai AM (2009). Demography of Ageing in Arab Countries. International Handbook of Population Ageing Volume 1. 277-315.
94. Youssef RM (2005). Comprehensive health assessment of senior citizens in Al-Karak governorate. Jordan. East Mediterr Health J 11(3):334–348.

1- الأمم المتحدة، برنامج عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، أيلول /سبتمبر 2004.

2- الأمم المتحدة، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، الإعلان السياسي وخطة العمل الدولية المتعلقة بالشيخوخة، نيويورك، شباط/فبراير 2003.

الوحدة الأولى

أساسيات التَشَيُّخ ورعاية المُسِنّين

يعتبر هذا الفصل مقدمة شاملة لهذا الدليل الإقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، حيث يتناول الأسس النظرية والسريرية (الإكلينيكية) التي بُنِيَ عليها طب المُسِنّين (وهو فرع الطب المعني بالرعاية الصحية للمُسِنّين عن طريق علاجهم والحفاظ على صحتهم بغرض الارتقاء بجودة حياتهم بصفة عامة)، وهي الأسس ذاتها التي تعتبر القواعد الثابتة في ممارسة أي مهنة لها صلة بتقديم الرعاية الصحية للمُسِنّين.

ومن خلال هذه الوحدة استعرض المؤلفون التطور الديموغرافي العالمي، والزيادة المطردة في أعداد المُسِنّين والتي جعلت وجود خدمات صحية خاصة بهم ضرورة لا يُسْتَغْنى عنها، ثم استعرض المؤلفون استعراضاً مبسطاً النظريات التي تفسِّر الشيخوخة والتغيرات الفيزيولوجية التي تصاحب التقدم بالعمر، والتي جعلت للمُسِنّين خصوصية تقتضي تطوير النظرة الطبية لهم لتحقيق مبدأ الشيخوخة المفعمة بالنشاط، والذي أفرد له المؤلفون فصلاً كاملاً لإبراز أهمية هذا المبدأ، ثم استعرض المؤلفون أهم خصائص التقييم الصحي للمُسِنّين، وما يميزه عن التقييم الصحي للشرائح العمرية الأصغر عمراً، وفريق العمل الذي يؤدي هذه الخدمة، وبعدها تطرق المؤلفون إلى عرض نبذة مختصرة عن أهم التشريعات التي توضِّح ضوابط رعاية المُسِنّين، وكذلك نماذج وأنواع الرعاية الصحية المختلفة، والتي تختلف اختلافاً كبيراً عن مستويات الرعاية الشائعة في المجتمع للفئات الأصغر سنّاً.

وتعتبر الوحدة الأولى الركيزة الأساسية التي ترسي المبادىء العامة التي التزم بها المؤلفون في باقي الوحدات.

الفصل (1-1) :التّحَوُّل الديموغرافي والاستجابة العالمية

الدكتورة إيمان أحمد اللباني

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتأكُّد من أن ظاهرة الزيادة المطردة في أعداد المُسِنّين ظاهرة عالمية.
- يتعرف على بيان الاهتمام الدولي الذي يبديه صانعو القرار والهيئات العالمية بحقوق المُسِنّين.
- يَطّلِع على بعض المؤتمرات العالمية التي صدرت عنها وثائق وتوصيات لصالح المُسِنّين.

الوضع العالمي للمُسِنّين:

يقصد بتَشَيُّخ السكان (Population Ageing) الزيادة السريعة في عدد المُسِنّين، وهو ظاهرة عالمية، إذ تَشَيخ الأمم إذا ازداد عدد المُسِنّين فيها بتواتر أسرع بكثير من الزيادة في إجمالي السكان بسبب نقص الخصوبة وزيادة مأمول الحياة. وفي معظم البلدان الصناعية، كان تَشَيُّخ السكان عملية تدريجية أعقبت لنمو الاجتماعي والاقتصادي المطرد على مدى عدة عقود وأجيال. وتتكّثف هذه العملية في البلدان النامية خلال عقدين أو ثلاثة ومع جيل واحد.



الهرم السكاني العالمي من 2002- 2025

فئات الأعمار

ذكور – إناث

السكان بالآلاف

حجم المشكلة:

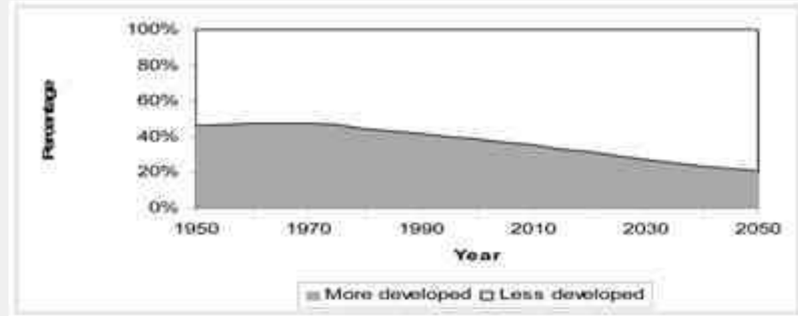
بحلول عام 2050 سيكون هناك ملياران من البشر أعمارهم فوق ستين سنة، وسيكون ثمانون بالمئة منهم يعيشون في البلدان النامية. وتترافق الشيخوخة السريعة في البلدان النامية مع تغيرات جوهرية في بنية الأسرة وفي أدوارها، وكذلك في نماذج العمل والهجرة وزيادة العبء على المجتمع خاصة في البلدان النامية، وزيادة في الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لهذه الفئة العمرية من المُسِنّين

توزيع سكان العالم الذين أعمارهم 60 وأكثر حسب مناطق التنمية في الفترة من 1950-2050

بلدان أكثر تطوراً

بلدان أقل تطوراً

السنوات



المصدر: United Nations (2009). *World Population Ageing 2009* (ESA/P/WP/212)

معدلات المشاركة في قوة العمل، حسب الجندر والفئة العمرية والإقليم: 2008

	Age group					
	25-54		55-64		65+	
Region	Men	Women	Men	Women	Men	Women
World	95	67	74	40	30	12
More developed regions	92	78	65	46	15	8
Less developed region	96	64	77	38	37	14
Africa	95	63	84	51	53	28
Asia	96	64	76	37	34	11
Europe	91	80	58	39	9	5
Latin America and the Caribbean	94	64	78	40	47	19
Northern America	91	76	70	59	21	13
Oceania	90	75	70	53	18	8

المصدر: Calculated from International Labour Office, Economically Active Population Estimates and Projections, 5th edition, 2009 revision, and Key Indicators of the labour Market (accessed 11 May 2010)

This table summarizes a comparison of labour force participation rates between age groups and gender for all regions

الإقليم	توزع الأعمار					
	25 - 54		55 - 64		أكثر من 65	
المناطق	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
العالم	95	67	74	40	30	12
مناطق أكثر تطوراً	92	74	65	46	15	8
مناطق أقل تطوراً	96	64	77	38	37	14
أفريقيا	95	63	84	51	53	28
آسيا	96	64	76	37	34	11
أوروبا	91	-	58	39	9	5
أمريكا اللاتينية والكاريبي	94	64	78	40	47	19
أمريكا الشمالية	91	76	70	59	21	13
الجزر في المحيط	90	75	70	53	18	8

يلخص الجدول السابق مقارنة بين معدلات المشاركة في قوة العمل طبقا للفئات العمرية والجنس للأقاليم المختلفة.

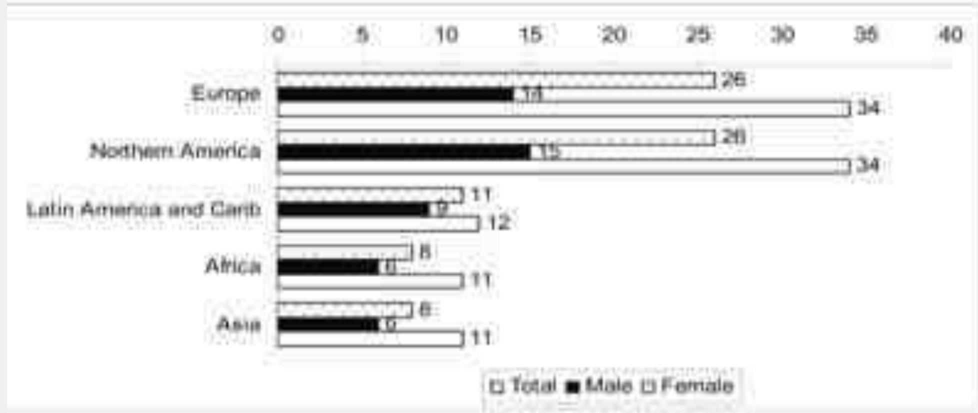
دور الرعاية الصحية في دعم التَشَيُّخ الصحي

أقرت منظمة الصحة العالمية بالدور الحاسم الذي تلعبه مراكز الرعاية الصحية الأولية في صحة المُسِنّين في جميع البلدان، وبأهمية تيسير الوصول إلى هذه المراكز، وجعلها مُلَبِّية لاحتياجات المُسِنّين، على أن يكون جميع العاملين في الرعاية الصحية الأولية متمكنين من تشخيص وتدبير الأمراض التي كثيراً ما تصيب المُسِنّين مع تقدمهم في العمر، وتسعى المنظمة إلى تحقيق ذلك ضمن ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى:** البحث في السمات الأساسية لنماذج الرعاية الصحية الأولية، وتحديد نقاط القوة والضعف في مهارات ومعارف العاملين والبنية التنظيمية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والممارسات الشائعة. ثم تصميم المبادئ لإرشاد مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى التعديلات اللازمة لتلبية احتياجات مرضاها المُسِنّين بشكل أفضل. وتعالج «مبادئ مراعاة المُسِنّين» ثلاثة مجالات:
  - المعلومات والتثقيف والتواصل والتدريب؛
  - نظم إدارة الرعاية الصحية؛
  - البيئة الطبيعية لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
- **المرحلة الثانية:** تطوير مجموعة الأدوات التي تساعد مراكز الرعاية الصحية الأولية، وبالتالي العاملين الصحيين، على تنفيذ «مبادئ مراعاة المُسِنّين»، وتهدف مجموعة الأدوات إلى:
  - تحسين تلبية الرعاية الصحية الأولية لاحتياجات المُسِنّين.
  - لفت نظر العاملين في الرعاية الصحية الأولية وتثقيفهم حول الاحتياجات النوعية لمرضاهم المُسِنّين.
  - زيادة وعي العاملين في الرعاية الصحية الأولية حول تراكم حالات العجز، سواء الكبيرة أم الصغيرة، التي يعاني منها المُسِنّون.
  - تقديم الإرشاد حول كيفية جعل إجراءات إدارة الرعاية الصحية الأولية أكثر استجابةً لاحتياجات المُسِنّين.
  - تقديم الإرشاد حول كيفية إجراء التفتيش البيئي لاختبار مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث مراعاتها للمُسِنّين.

وفي ظل هذه العوامل فقد جعل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية للمُسِنّين برنامجًا ذا أولوية وله غرض رئيسي هو: "إضافة حياة للسنوات وليس فقط سنوات للحياة". وكان بحث قضية المُسِنّين، وما تعانيه هذه الشريحة المهمة من أمراض صحية وبيئية واجتماعية وأخرى متعلقة بالفقر وخاصة في البلدان النامية، التي تعاني من نقص كبير في تقديم الخدمات والرعاية للمُسِنّين. وتزايد عدد المُسِنّين في العالم، يشكل تحدياً كبيراً لكافة المجتمعات.

النسبة المئوية للسكان الذين أعمارهم 60 عاماً أو أكثر الذين يعيشون وحدهم، وتوزيعهم حسب الجنس في الأقاليم الرئيسية عام 2005



أوروبا

أمريكا الشمالية

أمريكا اللاتينية والكاريبي

أفريقيا

آسيا

الذكور

الإناث

المجموع

المصدر: United Nations (2009). *World Population Ageing 2009* (ESA/P/212)

ملحوظة: وفي المناطق المتقدمة، يعيش بمفرده حوالي ما يقرب من 1 من كل 4 أشخاص ممن أعمارهم 60 عاماً أو أكثر، مقارنة مع أقل من 1 من كل 10 أشخاص في المناطق النامية، وتقترن التغيرات الديموغرافية بتحديات مختلفة:

1. معظم المُسِنّين يعانون من الأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والسرطان والسكري، والتي تعد من أهم أسباب الوفاة في هذه الفئه العمرية، وليس من الأمراض المُعْدِيَة والطفيلية.

2. عدد المصابين بالعجز آخذ في الازدياد بسبب شيخوخة السكان، ويزداد الخطر نظراً للمشاكل الصحية المزمنة في سن الشيخوخة.

فعلى سبيل المثال، إن حوالي 65٪ من الذين يعانون من ضعف البصر أعمارهم 50 سنه أو أكثر، وهذه الفئة العمرية تضم حوالي 20٪ من سكان العالم، ومع تزايد عدد المُسِنّين في العديد من البلدان، يزداد عدد المعرضين لخطر ضعف البصر المرتبط بالعمر.

3. وعلى الصعيد العالمي، يمكن أن تؤدي إساءة معاملة المُسِنّين إلى إصابات جسدية خطيرة وآثار نفسية على المدى الطويل.

وشهد حوالي 4% - 6% من المُسِنّين في البلدان المتقدمة شكلاً من أشكال إساءة المعاملة في المنزل. وتشمل إساءة المعاملة في المؤسسات المرضى الغير قادرين على الحركة، مثل الإساءة إلى كرامتهم بترك ملابسهم المتسخة بدون تنظيف، وعدم توفير الرعاية الكافية لهم مما يؤدي لحدوث قرحات الانضغاط.

4. تزداد الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل، ومن المتوقع أن يزداد عدد المُسِنّين الذين لا يستطيعون الاعتناء بأنفسهم في البلدان النامية إلى أربعة أضعاف بحلول عام 2050. حيث يفقد العديد منهم قدرته على العيش بصورة مستقلة بسبب حركته المحدودة والضعف والمشاكل الصحية والجسدية والعقلية الأخرى، مما يتطلب الرعاية الطويلة الأمد، التي يمكن أن تكون التمريض المنزلي، والرعاية المجتمعية، والمساعدة على العيش، والرعاية في المأوى السكني، أو المكوث الطويل الأمد في المستشفيات.

5. سوف تكون هناك زيادة كبيرة في عدد الأشخاص الذين يعانون من الخَرَف، مثل مرض ألزهايمر، في جميع أنحاء العالم ، نظراً لزيادة مأمول الحياة، إذ ترتفع معدلات حدوث الخَرَف ارتفاعاً حاداً مع تقدم العمر، فقد يصل إلى حوالي 25 -30٪ من المُسِنّين الذين تتراوح أعمارهم بين 85 عاما أو أكثر إلى درجة متطورة من التدهور المعرفي. والمُسِنّين الذين يعانون من الخرف في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يصعب عليهم الوصول إلى الرعاية التي تحتاجها حالاتهم على المدى الطويل بأسعار يمكنهم تحملها، وتكون هذه الرعاية غير مدعومة من الجهات الرسمية، فتضطر أسرهم إلى تحمل نفقاتها في كثير من الأحيان.

6. وفي حالات الطوارئ، يكون المُسِنّون أكثر عرضة للمخاطر، ويتأثرون بها أكثر من غيرهم، ففي المجتمعات التي تتعرض إلى الكوارث الطبيعية أو النزاعات المسلحة، يصعب على المُسِنّين الهرب أو السفر لمسافات طويلة، فيضطرون للبقاء في أماكنهم. وبالمقابل يمكن أن يشارك المُسِنّون مع قادة المجتمع في جمع المساعدات الإنسانية في كثير من حالات الطوارئ.

الأهداف المرجوة من المواثيق والخطط الدولية:

تهدف المواثيق والخطط الدولية، وخاصة الصادرة عن الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية، إلى استعادة التكريم والتبجيل والرعاية الضرورية للمُسِنّين من خلال التشريعات الحديثة التي يمكن بتنفيذها فعلاً تحقيق ما يطمح إليه المجتمع من أهداف إنسانية نبيلة، ويتزايد اهتمام الأوساط الصحية في البلدان المتقدمة بالشيخوخة وبقضاياها الصحية والاجتماعية يوماً بعد آخر، نظراً لتضاعف عدد المُسِنّين الذين أعمارهم ستين سنة فما فوق في العالم، وذلك مؤشر قوي على تحسين جودة حياة الإنسان.

الموقف العالمي من تزايد عدد المُسِنّين وتحقيق التَشَيُّخ الصحّيّ المفعم بالنشاط:

شهد المجتمع الدولي العديد من الفعاليات الدولية تمثلت في عقد مؤتمرات دولية لبحث مشكلة الشيخوخة وما تعانيه من معوقات في الكثير من البلدان والمناطق، ولا سيما البلدان التي تكثر فيها المشاكل الاقتصادية وتأخذ فيها الحروب المستمرة أشكالاً وأبعاداً كثيرة.

أمثلة:

لقد تَبَنَّى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية مبادرة الرعاية الصحية للمُسِنّين، بالتعاون مع البلدان الأعضاء (وهي 23 دولة)، استراتيجية إقليمية لفترة عشرة سنوات 1992 – 2001، ذات أنشطة نوعية على مستوى البلدان ككل، وعلى مستوى كل بلد على حدة، ورسم خطط عمل من أجل تنفيذها. وجرت مراجعة المنجزات التي تحققت، والعقبات التي اعترضت تنفيذ هذه الاستراتيجية في حلقة عملية بلدانية عقدت في بيروت في نيسان/ أبريل من عام 2001 . وتم اقتراح توصية بإعداد استراتيجية جديدة لعقدٍ آخر. وفي الدورة الخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية تبنّت اللجنة الإقليمية قراراً يتعلق بالرعاية الصحية للمُسِنّين في الإقليم، وعقدت العزم على تحديث الاستراتيجية الإقليمية. كما نصحت اللجنة الإقليمية البلدان الأعضاء بإجراء مراجعة شاملة لسياساتها واستراتيجياتها

الوطنية لرعاية المُسِنّين، وذلك من أجل تحسين التكامل والتنسيق بين برامج الخدمات الصحية والاجتماعية لتلبية احتياجات المُسِنّين، وتحسين نظم الرعاية الصحية الأولية لهم، لتعزيز أنماط الحياة الصحية طوال العمر.

وفي 26 - 28 نيسان/أبريل من عام 2005 ،عقدت المشاورة الإقليمية للتَشَيُّخ المفعم بالنشاط وتعزيز صحة المُسِنّين في إقليم شرق المتوسط في المنامة بالبحرين، وبوجود الدلائل الإرشادية تم اعتماد مسودة استراتيجية التَشَيُّخ المفعم بالنشاط وبالصحّة ورعاية المُسِنّين في إقليم شرق المتوسط لفترة 2006- 2015، ويرافق الاستراتيجية إطار عمل عام لتعزيز صحة المُسِنّين، لرسم دور المكتب الإقليمي في دعم البلدان الأعضاء لتحقيق الأغراض الموضوعة، ومن المتوقع من كل بلد من البلدان الأعضاء أن يكيّف عناصر الاستراتيجية وفقًا لظروفه وأوضاعه الخاصة من أجل تحقيق التَشَيُّخ المفعم بالنشاط وبالصحة للسكان، وأن يضع كل بلد استراتيجيته الوطنية لتحقيق الأغراض نفسها.

كما جرت مداولات في اجتماعات جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين لمنظمة الصحة العالمية في الخامس والعشرين من أيار/ مايو 2005 في جنيف حول استراتيجيات تعزيز التَشَيُّخ المفعم بالنشاط وبالصحة، في ضوء توصيات الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة حول التَشَيُّخ في مدريد عام 2005. وبعد النظر إلى الأساليب المختلفة التي تبنَّتها منظمة الصحة العالمية في السنوات السابقة، ركزت جمعية الصحة العالمية اهتمامها على **تطوير رعاية صحية أولية مصادقة للمُسِنّين**، وحثّت البلدان الأعضاء ولجنة المحدِّدات الاجتماعية للصحة على اتخاذ التدابير من أجل تحقيق الالتزامات التي تم الاتفاق عليها في الجمعية العالمية الثانية حول التَشَيُّخ ، من أجل تعزيز التَشَيُّخ المفعم بالنشاط وبالصحة من خلال الرعاية الصحية الأولية، ومن خلال أسلوب يستمر طوال العمر في التنمية ومشاركة المُسِنّين في العملية التنموية.

معلومات أساسية ومرجعية:

اعتمدت الجمعية العالمية للشيخوخة **في عام 1982 خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة**، وصادقت الجمعية العامة على هذه الوثيقة الهامة في اجتماع لمندوبي 124 دولة، معلنة العقد التاسع من القرن العشرين عقد المُسِنّين، وتعتبر هذه الخطة مرشداً للعمل، لأنها تبين بالتفصيل التدابير التي ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها من أجل المحافظة على حقوق المُسِنّين، فهي تتضمن 62 توصية، يتصل كثير منها اتصالاً مباشراً بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ورفعت منظمة الصحة العالمية عام 1983 شعار(فَلْنُضِفْ الحياةَ إلى سنين العمر)، وطلبت من أقاليمها ومكاتبها في مختلف المناطق أن تقدم مشروعها العملي الجامع لتحقيق هذا الشعار.

وقدم المؤتمر الدولي الذي انعقد في **مكسيكو سيتي عام 1984** توصية بضرورة إيلاء الدول الاهتمام بالمُسِنّين، وذلك ليس باعتبارهم فئة اتكالية تلقي بثقلها على المجتمع، بل باعتبارهم مجموعات قدمت معونات كبرى إلى الحياة الاقتصادية والتربوية والاجتماعية والثقافية لعوائلها وما زالت تستطيع أن تقدم ذلك.

وقد أكَّد المؤتمر الدولي في **فيينا عام 1988** على قواعد المشروع العملي المتعلق بالمُسِنّين، وأشار إلى أن هدف التنمية هو تحسين وسلامة كل المجتمع، على أساس المشاركة الكاملة في مسيرة التنمية والتوزيع العادل للنتائج الحاصلة، ورفع مقام الأفراد، وتحقيق المساواة بينهم، من خلال توزيع المصادر والحقوق والمسؤوليات الاجتماعية بين كل فئات الأعمار. وقد تمت صياغة وثيقة (فيينا) الدولية للشيخوخة، ضمن إطار اهتمامات المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة، وتؤكد هذه الوثيقة على أن صياغة السياسات المتعلقة بالشيخوخة وتنفيذها هما حق مطلق ومسؤولية على عاتق كل دولة، على أن تطبق على أساس احتياجاتها وأهدافها القومية المحددة، لكن في ظل جهد إنمائي متكامل ومنسق في إطار النظام الاقتصادي الدولي الجديد، ومن خلال التعاون الدولي والإقليمي بحيث يسهل تطبيق المبادئ العامة.

والمبادئ العامة التي نادت بها خطة عمل (فيينا) الدولية للشيخوخة، تؤكد على تحسين وضع السكان جميعاً وإشراكهم في التنمية، والتوزيع العادل للفوائد الناجمة عنها بما يكفل ويعزز كرامة الإنسان ويضمن الإنصاف بين الفئات العمرية المختلفة في تقاسمها موارد المجتمع وحقوقه ومسؤولياته بحسب قدرات الأفراد، وأن يقدم لهم ما يحتاجون، وعلى كل بلد في إطار تقاليده وأعرافه وقيمه أن يتجاوب ويتكيف مع التحولات الديمغرافية وما ينتج عنها من تغيرات.

ويعد الإسهام الروحي والثقافي والاجتماعي والاقتصادي للمُسِنّين ذا قيمة في المجتمع، وينبغي أن يعترف به ويزداد تشجيعه، وينبغي اعتبار الإنفاق على المُسِنّين استثماراً دائماً. وللأسرة أهمية كبرى ودور مهم في مسألة رعاية المُسِنّين. ويمكن أن تقدم إسهامات كبيرة في توفير الدعم والرعاية للمُسِنّين في المجتمع. وعلى الحكومات تأييد وتشجيع أي نشاط طوعي من شأنه تقديم مثل هذه المساعدات وتوثيق نظم راسخة للضمان الاجتماعي واستحقاقات تقاعدية قائمة على أساس الدخل لعدد متزايد باستمرار من المُسِنّين. وتؤكد الوثيقة على أن هناك عدة مجالات تهم المُسِنّين مثل الصحة، والتغذية، وحماية المستهلكين المُسِنّين، والإسكان، والبيئة، والأسرة، والرعاية الأسرية والاجتماعية ينبغي العناية بها وإيلاؤها اهتماماً خاصاً.

وفي عام 1991، اعتمدت الجمعية العامة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بالمُسِنّين التي تعتبر بسبب طبيعتها البرنامجية وثيقة هامة أيضاً في هذا السياق، وتناولت الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتقضي بأن **الاستقلالية** تشمل حق المُسِنّين في الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية، وتضاف إلى هذه الحقوق الأساسية إمكانية ممارسة العمل بأجر والحصول على التعليم والتدريب. **والمشاركة** تعني وجوب أن يشارك المُسِنّين بنشاط في صوغ وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاههم، وان يقدّموا إلى الأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم، وأن يكونوا قادرين على تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم، وتدعو إلى وجوب أن توفر للمُسِنّين فرص الاستفادة من الرعاية الأسرية والرعاية الصحية، وأن يتمكنوا من التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم في مأوى أو مرفق للرعاية أو للعلاج. أما فيما يتعلق بمبدأ **تحقيق الذات**، فينبغي بموجبه تمكين المُسِنّين من الاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية والترويجية. وأخيراً، مبدأ **الكرامة** ويعني أنه ينبغي تمكين المُسِنّين من العيش في كنف الكرامة والأمن، ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة جسدية أو عقلية، وينبغي أن يعاملوا معاملة مُنْصِفَة، بصرف النظر عن عمرهم أو جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الإثنية، أو كونهم معوقين، وبصرف النظر عن مركزهم المالي أو أي وضع آخر، وأن يكونوا موضع تقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم الاقتصادية.



كما أكد **المؤتمر الآسيوي الرابع الذي انعقد في جزيرة بالي في إندونيسيا عام 1992** أن سياسة التأهيل في جميع سنين العمر لمرحلة الشيخوخة هي وسيلة للوصول إلى تلك الأهداف، ومع الاعتراف بأن الأسر في أكثر الأوقات ترعى المُسِنّين، فقد أوصى المؤتمر الدول بتوفير امتيازات اقتصادية للمُسِنّين مثل إعفاء هذه الأسر من الضرائب. وكذلك **في عام 1992** أيضاً، وبمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لاعتماد مؤتمر الشيخوخة لخطة عمل "فيينا" الدولية، اعتمدت الجمعية العامة الإعلان بدعم المبادرات الوطنية المتعلقة بالشيخوخة وتقديم الدعم الكافي للمُسِنّات مقابل مساهماتهن في المجتمع، وتشجيع المُسِنّين من الرجال على تطوير قدراتهم الاجتماعية والثقافية والعاطفية التي ربما منعتهم

سنوات كسبهم للعيش من تطويرها، وتقديم الدعم إلى الأسر من أجل توفير الرعاية، وتشجيع جميع أفراد الأسرة على التعاون في توفير الرعاية،

وقد أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة **عام 1993** "إعلان الشيخوخة" والذي يعد وثيقة مهمة وخطوة إيجابية على مسار إعطاء مزيد من الحقوق والاهتمام بشؤون المُسِنّين في العالم.

أما المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في **القاهرة عام 1994**، فقد أكّد أنّ على الدول أنْ تستهدف مسألة تعزيز الاعتماد على الذات لدى المُسِنّين وتعزيز تمكينهم من العمل والعيش بصورة مستقلة، ووضع نظم للرعاية الصحية ونظم للضمان الاقتصادي والاجتماعي عند الشيخوخة حسب الاقتضاء، مع إيلاء اهتمام خاص بالمرأة، لكونها تُعَمِّر أكثر من الرجل، في معظم المجتمعات، ولذلك فإنها تشكل الأغلبية من المُسِنّين، وهي في الغالب ضعيفة للغاية، فتستحق العناية الأكبر، ووضع نظام للدعم الاجتماعي على الصعيد الرسمي وغير الرسمي بغية تعزيز قدرة الأسرة على رعاية المُسِنّين داخلها، وأكد ضرورة أن تكفل الحكومات تهيئة الظروف اللازمة لتمكين المُسِنّين من أن يعيشوا حياة صحيحة ومنتجة واستغلال مهاراتهم وقدراتهم بما يعود بالفائدة على المجتمع، وتعزيز نظم الدعم والأمان الرسمية وغير الرسمية والقضاء على كل أشكال العنف والتمييز ضدهم مع التركيز على المُسِنّات.

وفي الإطار ذاته فإن المؤتمر الذي عقده قادة الدول في مجال التنمية الاجتماعية **عام 1995** في كوبنهاجن أوصى الدول ببذل مساعي خاصة في حماية المُسِنّين وخصوصاً المصابين بالعجز منهم من خلال تقوية نظام الحماية العائلية وتحسين مكانتهم الاجتماعية وضمان وصولهم إلى الخدمات الأساسية الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

مراجع استرشادية:

- منظمة الصحة العالمية- المكتب الاقليمي لشرق المتوسط - استراتيجية التَشَيُّخ النشط والصحي ورعاية المُسِنّين في إقليم شرق المتوسط 2006 – 2015
- Ageing and Life Course http://www.who.int/ageing/en/
- Department of Economic and Social Affairs (DESA) - Economic and Social Council (ECOSOC): http://undesadspd.org/Ageing/DataonOlderPersons/ADemographicsCharts.aspx

الفصل (1-2) : **نظريات الشيخوخة والتقدم في العمر (التشَيُّخ أو التَّعَمُّر)**

Theories of ageing

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يفهم ما هو التَشَيُّخ.
- يتعرف على نظريات التَشَيُّخ المختلفة سواء العضوية أو النفسية والاجتماعية.
- يستوعب التطبيقات العملية لتلك النظريات.

تعريف التَشَيُّخ Ageing

التَشَيُّخ هو التغيرات الغير مرضية التي تطرأ على الحالة العضوية والنفسية، والتغيرات الاجتماعية التي تحدث للفرد مع تقدمه في العمر.

بعض المفاهيم الخاطئة عن الشيخوخة:

1. **العمر الزمني للمُسِنّ هو العامل الوحيد الذي يحدِّد حدوث التأثيرات السلبية للشيخوخة**. وهذا غير صحيح، فللعمر الزمني أهميته، ولكنه ليس العامل الوحيد الذي يحدِّد حدوث التأثيرات السلبية للشيخوخة.
2. **التقدم في السن لابد أن يرتبط بعوارض سلبية كالأمراض وفقد القدرة الوظيفية**. وهذا غير صحيح، فللتقدم في السنّ تأثيره، ولكنه لا يرتبط وحده بالأعراض السلبية للشيخوخة مثل الأمراض وفقد القدرة الوظيفية.
3. **تُعزى الكثير من الأعراض والأمراض مثل ضيق النفس وسلس البول والقصور المعرفي وغيرها إلى التقدم في السن.** وهذا غير صحيح، فللأمراض أسبابها، وكثير منها يصيب الناس بأي عمر.

وللتَشَيُّخ خصائص محددة، ومن أهم تلك الخصائص:

- زيادة معدلات الوفاة مع التقدم في العمر.
- ضعف قدرة الجسم لدى الشيوخ على مجابهة التغيرات والضغوط الفسيولوجية والنفسية التي يتعرض لها.
- تغير التركيب البيولوجي والكيميائي على مستوى الأنسجة والخلايا المشيخة.

أسباب الشيخوخة

التَشَيُّخ هو المآل الطبيعي لجميع الكائنات الحية بمرور الزمن وإن اختلفت أعمار حدوثه. فبعض الفصائل الحيوانية تشيخ في سن الثالثة مثل الفئران، والبعض الآخر تشيخ في أعمار متقدمة، مثل سنّ الستين عاماً أو أكثر مثل الإنسان.

كيف نشيخ؟

ظل هذا السؤال مؤرقاً للكثير من العلماء، ومادة بحث للعديد من الدراسات التي طرحت مختلف الفروض والنظريات حول كيف نشيخ.

أشارت معظم الدراسات إلى أن التغيرات المصاحبة للشيخوخة تكاد تكون متشابهة في جميع الفسائل وإن اختلفت أعمارها ووقت حدوثها.

وسنستعرض أهم نظريات التَشَيُّخ العضوي التي افترضها العلماء، وحاول كل منهم أن يعضدها بالتجارب الفعلية، آملين في التوصل إلى إطالة مأمول الحياة للجنس البشري.

نظريات التَشَيُّخ العضوي

أولاً: نظرية الضغط الناتج عن الأكسدة. وتشير إلى أن إنتاج الشوارد الحرة، وهي ذرات غير مستقرة ذات إلكترون حر، ازداد عن المعدلات الطبيعية أثناء عمليات الاستقلاب (الأيض) في الجسم مما يؤدي إلى تدمير الدهون والبروتينات والأحماض النووية. فالضغط الناتج عن الأكسدة يؤدي إلى تَشَيُّخ تلك الأنسجة، ويدعم مؤيدو تلك النظرية افتراضهم هذا بالنقاط الأتية:

- من دراسة الفصائل ذات الأعمار القصيرة اتضح أن أنسجتها تحتوي على نسبة كبيرة من الدهون والبروتينات والأحماض النووية التي دمرتها الشوارد الحرة.
- من دراسة تأثير استهلاك كميات كبيرة من الأطعمة التي تحتوي على كميات كبيرة من الكالوري (السعرات الحرارية) تبين أنها تُنْتِج أثناء استقلابها كميةً كبيرةً من الشوارد الحرة في حيوانات التجارب، وهو الأمر الذي ثبت أنه يرتبط بقصر مأمول الحياة في تلك الحيوانات.

ويمكن الاستفادة من تلك النظرية بالوسائل التالية:

- - دراسة استخدام بعض مضادات الأكسدة مثل فيتامين E والذي يعرف بتأثيره في الحد من إنتاج الشوارد الحرة بغرض إطالة مأمول الحياة في بعض الفصائل.
- - دراسة تأثير الحد من تناول الأطعمة التي تحتوي على كميات كبيرة من الكالوري (السعرات الحرارية) للحد من إنتاج الشوارد الحرة. ورغم أن بعض النتائج كانت مُبَشِّرة إلا أن التجارب السريرية على أفراد الجنس البشري في حاجة الى المزيد من الدراسات.

ثانياً: نظرية موت الخلايا المُبَرْمَج: وتشير إلى ظاهرة تصيب الخلايا العديمة النفع، أو غير الطبيعية، لتنتهي بالموت، وهي ظاهرة تشبه عملية الانتحار. مما يؤدي إلى التأثير على التوازن الداخلي للجسم.

ونقاط الدعم لتلك النظرية التي يقول بها مؤيدوها أن بعض حيوانات التجارب القصيرة العمر لديها جينات ذات تأثيرات ضارة مثل الجينات المسؤولة عن اكتساب بعض الأمراض، أو جينات بها خلل واضح مقارنه بأقرانهم ذوي متوسطات الأعمار الطبيعية.

ويمكن الاستفادة من تلك النظرية بما يعمل عليه العلماء جاهدين على إجراء التجارب الخاصة باستحداث العلاج الجيني وإصلاح خلل الجينات المعيبة من أجل إطالة مأمول الحياة.

ونقاط الدعم لتلك النظرية:

- ازدياد معدل موت الخلايا المبرمج عند المُسِنِّين، حيث تتزايد تلك المعدلات بوتيرة غير متحكم فيها، مما يؤدي إلى خلل في التوازن الداخلي للجسم وظهور أعراض الشيخوخة.
- ارتباط العوامل المسؤولة عن إطلاق موت الخلايا المبرمج ارتباطاً وثيقاً بالنظريات الأخرى مثل العوامل الجينية والضغط الناتج عن الأكسدة أو خلل الجهاز المناعي للجسم. وما يدعم تلك النظرية بقوة هو تفسيرها وارتباطها بالنظريات الأخرى. ويمكن الاستفادة من تلك النظرية بدراسة التوصل لما يمنع إطلاق عملية موت الخلايا المبرمج الغير متحكم به، وهو ما يعكف عليه العلماء حالياً.

ورغم أهمية دراسة الشيخوخة وأسبابها وكيفية إبطاء مسارها إن أمكن يبقى السؤال الأهم كيف نعيش شيخوخة صحية وسليمة؟ ومن أجل الإجابة على هذا السؤال لم يقصر العلماء مفهوم الشيخوخة على التغيرات العضوية فقط، وإنما وسعوا نطاقه ليشمل النواحي النفسية والاجتماعية، مما أدى إلى فرض العديد من النظريات التي تتناول الشيخوخة من تلك الرؤية.

ثالثاً: نظريات التَشَيُّخ النفسي والاجتماعي:

ترتكز معظم نظريات التَشَيُّخ النفسي والاجتماعي على أن الشيوخ أكثر تأثراً من غيرهم بالضغوط النفسية والاجتماعية الشديدة.

- فالمُسِنّون يتحملون مسؤولية تقديم الرعاية لشركائهم في الحياة.
- والمُسِنّون يفقدون شركاء حياتهم وأقاربهم وأصدقاءهم.
- والمُسِنّون يتعرضون لتدهور الحالة الاجتماعية والمادية مع التقدم في العمر.
- والمُسِنّون يتعرضون لتهميش أدوارهم في الحياة واضمحلال فرص مشاركتهم في الحياة الاجتماعية السابقة.

خيارات المُسِنّين في مرحلة الشيخوخة

يجد المُسِنّ نفسه في مفترق للطرق:

إما أن يتأقلم مع التغيرات النفسية والاجتماعية، فينخرط في الحياة وفقاً للأوضاع الجديدة.

وإما أن ينطوي على نفسه، فيتعاظم لديه الإحساس بالخسارة والعزلة بتقدم العمر.

ومن المعروف أن الشيخوخة العضوية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعدم قدرة الشيوخ على التأقلم مع تقدم العمر، وبالمقابل، فإن عدم القدرة على التأقلم مع التغيرات الاجتماعية والنفسية المصاحبة لتقدم العمر قد يكون هو المنطلق للشيخوخة العضوية. وفي هذه المرحلة سؤال هام هو **لماذا يتأقلم بعض الشيوخ مع التقدم بالعمر بينما يعاني البعض الآخر منهم من الإحساس بالخسارة؟** والإجابة على هذا السؤال تتعلق بالشيوخ أنفسهم، ورد الفعل عندهم تجاه الشيخوخة، وقدرتهم على التأقلم معها، وذلك يعتمد على خبرات الفرد السابقة في الحياة ونظرته للتقدم في العمر، وهل يمثل له مرحلة جديدة لممارسة الحياة بصورة إيجابية أم هو مرحلة سلبية تنتهي معها كل الممارسات الإيجابية في الحياة. كما تتعلق الإجابة على هذا السؤال أيضاً بالأفراد والبيئة المحيطة بهؤلاء الشيوخ، والصورة التي تعكسها أعين المحيطين بالفرد تجاه تقدمه في العمر، ونظرة المجتمع والجهات المعنية وصناع القرار للشيوخ ودورهم في المجتمع، وإن وجود تسهيلات لتعزيز هذا الدور وتثمينه وجعله أكثر إيجابية من أهم العوامل التي تدعم النظرة الإيجابية للشيوخ حيال تقدمهم في العمر. أما إذا كان هناك المزيد من المعوقات التي تواجه المُسِنّين في تلك المرحلة فإنهم سيحجمون عن المشاركة في الحياة الاجتماعية وما يتبعه من آثار نفسية سلبية قد تسارع بالتدهور العضوي.

كيفية الاستفادة من هذه النظرية

يجب على المعنيين بصحة الشيوخ أن:

- يدركوا أن مقاومة الآثار السلبية للتقدم في العمر تكمن في انتظارها بتفهم واستعداد وتفاؤل.
- يتفهموا احتياج المُسِنّين للدعم النفسي والاجتماعي والصحي والمادي أحياناً، وأن يحاولوا تلبية تلك الاحتياجات بكل الإمكانيات المتاحة.
- يعززوا النظرة الإيجابية لهم في المجتمع.
- **وإن إهمال الاستعداد للشيخوخة يؤدي إلى آثارٍ سلبية تداهم المُسِنّين فجأة وبدون سابق إنذار.**

مما سبق يتضح لنا أن كلمة شيخوخة أو تَشَيُّخ ليست مرادفة لسن معينة نطلقها عند بلوغنا إياه وإنما هي: **مرحلة من العمر تتسم بتغيرات تبدأ بالظهور على الشباب والكهول، ويمكن أن لا تترافق إلا بالقليل من الخسائر. والهدف من دراستها هو إضفاء الحياة عليها.**

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.

- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.

الفصل (1-3) التغيرات الفيزيولوجية في الشيخوخة

Physiological age-related changes

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يفهم طبيعة التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث مع تقدم العمر.
- يدرك العلاقة بين هذه التغيرات والأداء الوظيفي.
- يتعرّف على أمثلة للتغيرات الفيزيولوجية.
- يفسّر بعض المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالتغيرات الفيزيولوجية.
- يدرك دور القائم على تقديم الرعاية في التعامل مع هذه التغيرات.
- يتعرف على أهم رسائل التثقيف الصحي.

مع تقدم العمر تحدث بعض التغيرات في جميع أجهزة الجسم على مستوى الخلايا والأنسجة والوظائف أيضاً، وتزيد حدَّة هذه التغيرات مع تقدم العمر، وفي جميع الأحوال فإن التغيرات الفيزيولوجية لا تقلل من أداء أي عضو في الظروف العادية، ولكنها قد تؤثر على الاحتياطي الفيزيولوجي للعضو، بمعنى أنه لا تتأثر الوظائف بصورة ملحوظة في الظروف الطبيعية التي لا تتطلب زيادة في كفاءة أجهزة الجسم المختلفة.

مفاهيم خاطئة:

الشيخوخة تؤثر على أداء أجهزة الجسم المختلفة في الظروف العادية. وهذا خطأ، فالشيخوخة تؤثر على الاحتياطي الفيزيولوجي ولا تؤثر على أداء أجهزة الجسم في الظروف العادية طالما أنها سليمة (غير مريضة). وقصور الأداء عند اختلال الوظيفة يعتبر تغيراً مرضياً "باثولوجياً" وليس تغيراً عادياً "فيزيولوجياً". ويحدث تأثير الشيخوخة حين تتعرض أجهزة الجسم لضغط أو لمؤثر خارجي يقتضي زيادة أداء العضو أو إلى آلية تَكَيُّف مع عدوى أو مجهود بدني أو حالة مرضية أو جفاف أو غير ذلك. وتؤدي الشيخوخة إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض أو زيادة الفرصة لحدوث مضاعفات، ولكنها لا تسبب وحدها أعراضاً مرضيةً، بل تعتبر عامل خطر.

أمثلة لبعض التغيرات الفيزيولوجية:

- **المظهر الخارجي:** يقل طول المُسِنّ نتيجة لتحلل جزئي في الغضاريف.
- **محتوى الجسم من الماء:** يقل محتوى الجسم من الماء مما يجعل المُسِنّين أكثر عرضة للإصابة بالجفاف.
- **جهاز المناعة:** تقل المناعة الخلوية ويقل عدد الخلايا الليمفاوية مما يجعل المُسِنّ أكثر عرضة للإصابة بالعدوى.

العوامل التي تؤثر على التغيرات التي تحدث بتقدم العمر:

- الوراثة.
- النشاط وأسلوب الحياة.
- الغذاء.
- الأمراض المزمنة.
- البيئة.
- القدرة العقلية والانفعالية على التحمل.

دور القائم على تقديم الرعاية:

يعتبر دور القائم على تقديم الرعاية هاماً في التقييم الشامل والتفرقة بين التغيرات الطبيعية والحالات المرضية. حيث أن هناك خطأً شائعاً أن تُرْبَط أي أعراض يشعر بها المُسِنّ بتقدمه في السن، وخاصة إن كانت غير نمطية أو غير واضحة، وهو ربط غير صحيح في معظم الأحيان، ويؤدي إلى تأخير علاج المريض. **فتقدم العمر لا يرتبط بالضرورة بقصور الأداء الوظيفي للمُسِنّ إلا في الحالات التي تتطلب كفاءة عالية، ويجب تقييم أي أعراض يشعر بها المُسِنّ تقييماً جيداً قبل القول إنها نتيجة للشيخوخة.**

حالة للمناقشة: انظر الحالة 1-3

مراجع استرشادية:

- Beers, MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station, NJ: Merck Research. Laboratories; 2000. available at http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html
- http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/approach_to_the_geriatric_patient/physical_changes_with_Ageing.html
- مجموعة الأدوات لمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن منظمة الصحة العلمية 2008.

الفصل (1-4): التمتع بالنشاط والصحة خلال الشيخوخة، ورعاية المُسِنّين
المفاهيم، والمبادئ والتحديات الأساسية

Enjoying activity and health while ageing and elderly care
concepts, basics and challenges

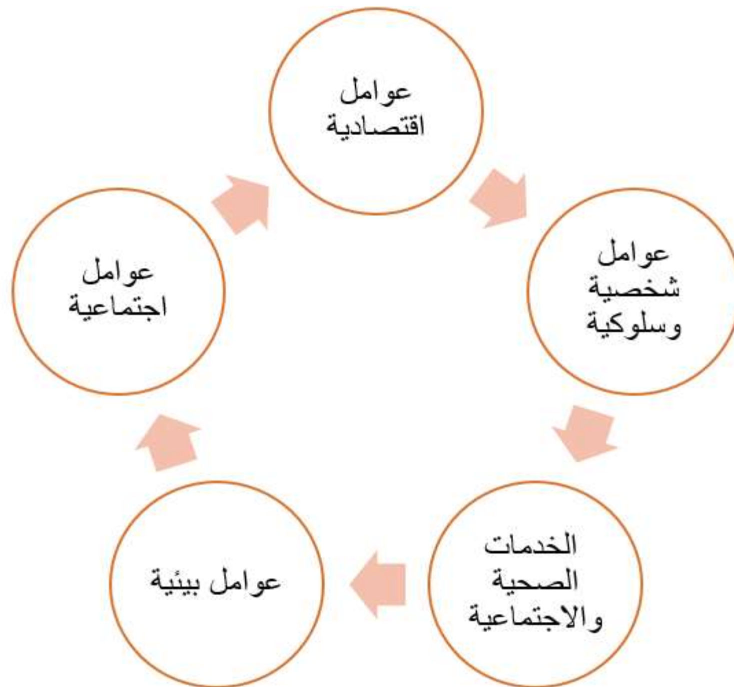
الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على مفهوم الشيخوخة المفعمة بالنشاط .
- يدرك العوامل المؤثرة في هذه العملية.
- يتفهم تأثير الفكرة على الفرد والاسرة والمجتمع
- يعرف أهم التحديات التي تواجه القائم على تقديم الرعاية.

التشيخ الصحي المفعم بالنشاط هو العملية التي يتاح فيها للمسن التمتع بالصحة والتفاعل الآمن على أفضل ما يكون لتحسين جودة حياته كلما تقدم العمر.

وبالرغم من الصعوبات التي يمكن أن تواجه تعميم التشيُّخ على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع إلا أن النتائج المترتبة عليها تؤثر تأثيراً إيجابياً على المجتمعات وخاصة النامية. حيث أن النجاح في تطبيق تلك العملية يوفر على المدى الطويل الكثير من المتطلبات بل ويؤدي إلى وجود مُسِنّ منتج يساهم في نهضة المجتمع. ويرتبط التطبيق بعوامل اقتصادية واجتماعية وبيئية بالإضافة إلى عوامل شخصية وسلوكية وعوامل خاصة بمستوى الخدمات الصحية والاجتماعية.



وفي النهاية فإن الهدف الأساسي هو الارتقاء بجودة حياة المُسِنّ.

مفاهيم خاطئة:

1- **يتوقف نشاط المُسِنّ وعطاؤه بالتقدم في العمر:** وهذا خطأ، فالتقاعد والاستقلالية عن الأبناء هما ليس آخر ما يصل إليه المُسِنّ، فبعدهما لا يتوقف العطاء، ولكنهما على العكس بداية لمرحلة جديدة من العطاء.

2- **صعوبة دمج المُسِنّين في المجتمع:** وهذا غير صحيح، فبالرغم من أن المُسِنّين فئة لها احتياجاتها الخاصة، فإنهم جزء لا يتجزأ من المجتمع ويمكن الاستفادة منهم.

3- **التحاق المُسِنّين بالعمل بعد التقاعد يعد من الأمور الغير شائعة في المجتمع:** وهذا غير دقيق، فالمُسِنّون يواصلون العمل طالما كانوا قادرين على العطاء، فيعملون وينتجون.

يجب التصدي للمفاهيم الخاطئة ونشر مفهوم متميز جداً وهو المُسِنّون المنتجون. ولكن بالرغم من صعوبة الفكرة نجد نماذج جديدة للمُسِنّين المنتجين، وأمثلة جيدة يمكن الاقتداء بها، سواء من المشاهير أو من عامة الناس في المجتمعات المختلفة.

ومع انتشار مفهوم التَشَيُّخ الصحي يصبح لدينا مُسِنّ يتمتع بما يلي:

- تقدير الذات.
- جودة الحياة.
- الاستقلالية.

ولكن تواجهنا العديد من التحديات:

1- تعدد الأمراض.

2- الإعاقة بجميع انواعها البدنية والنفسية والاجتماعية.

3- قصور في الرعاية المطلوبة بجميع مستوياتها.

4- زيادة الاحتياجات.

يجب أن تتوافر الخصائص التالية في الخطط المستقبلية لكل مُسِنّ:

- خطط شاملة لجميع مستويات الرعاية تضمن تواصل الخدمات للمُسِنّين.
- خطط معتمدة على فريق عمل يهدف الى الارتقاء بجودة حياة المُسِنّين.
- خطط للتأكُّد من اتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف المُسِنّين بالخدمة.

إن القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية هم أساس الشيخوخة الصحية المفعمة بالنشاط

حالة للمناقشة: انظر حالة 1-4

مراجع استرشادية:

- Active Ageing " A policy Framework" (WHO, 2002)
- Toward Age – friendly primary health care (WHO, 2004)

- مجموعة الأدوات لمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للمُسِنّ – منظمة الصحة العالمية 2008

الفصل (1-5): التقييم الشامل للمُسِنّين، التقييم البيئي، تقدير الاحتياجات، الأمان البيئي

Comprehensive Geriatric Assessment

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة – الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مفهوم التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- يعرّف أهداف التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- يعدّد خطوات التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- يدرك أهمية التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- يحدّد من يقوم بالتقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- يعدّد أفراد الفريق المعنى برعاية المُسِنّين ويميّز دور كل منهم.
- يتعرّف على البيئة وما هي البيئات المختلفة التي يعيش فيها المُسِنّون.
- يدرك كيف تؤثر البيئة على المُسِنّين.
- يتعرّف على المفاهيم الخاطئة عن بيئة المُسِنّين.
- يحدّد شروط البيئة الآمنة للمُسِنّين.
- يعرّف سبل تقييم الأمان البيئي في البيئة الداخلية والخارجية للمُسِنّين.
- يدرك دوره في ضمان بيئة آمنة للمُسِنّين.
- يعرّف شروط طلب المساعدة لتوفير البيئة الآمنة للمُسِنّين ودور أفراد الفريق في ذلك.

من المعروف أن التعامل مع المُسِنّ سواء كان مريضاً أم سليماً يختلف عن التعامل مع المريض الأصغر سناً من حيث:

- صعوبة التواصل.
- تعدُّد الأمراض.
- المفاهيم الخاطئة التي تعزو الكثير من الأعراض المرضية إلى التقدم في العمر.
- الأعراض الغير النمطية في المُسِنّين.
- عدم رغبة المُسِنّين في التحدث عن بعض المشكلات مثل سلس البول.
- عدم استطاعة المُسِنّين إعطاء تاريخ مرضي دقيق نتيجة لقصور قدراتهم المعرفية، كما أن القائمين على رعايتهم قد لا يكونون قادرين على ذكر التفاصيل المطلوبة.

ويهدف التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين إلى:

1- تحليل الأعراض الحادة التي يعاني منها المُسِنّ.

2- التأكُّد من أن الخطط العلاجية للأمراض المزمنة التي يعانى منها المريض المُسِنّ مناسبة لكل من:

- المشكلات الصحية المصاحبة.
- الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمُسِنّ.

3- تقييم القدرات العقلية والوظيفية وحالة المزاج لدى المريض المُسِنّ.

4- التأكُّد من اتباع المريض المُسِنّ لوسائل تعزيز الصحة المناسبة للأمراض التي يعاني منها المريض المُسِنّ وذلك للوقاية من المضاعفات أو من الإصابة بأمراض جديدة.

5- التأكُّد من معرفة القائمين على رعاية المريض المُسِنّ بالأساليب المثلى للعناية به.

ما هي خطوات التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين التي يقوم بها فريق العمل؟



بعض الحالات الخاصة التي يجب أن تؤخذ في الإعتبار أثناء التقييم:

1- الاشتباه في وجود حالات إساءة معاملة المُسِنّين.
2- تقييم حالات الإجهاد لدى القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّ.
3- تناول أدوية متعددة Polypharmacy.
4- تقييم عوامل الخطر للمشكلات الشائعة في المُسِنّين (السقوط المتكرر، الخَرَف، سلس البول، وغير ذلك).

بعد استكمال التقييم الصحي الشامل يستطيع القائم على تقديم الرعاية أن:

1- يقيّم المشكلات الصحية المتسببة في شكوى المريض.
2- يحدِّد المشكلات الصحية المصاحبة.
3- يحدِّد خطة التشخيص والعلاج، ويُفَضَّل إشراك باقي أفراد الفريق في ذلك.
4- من المهم جداً أن تشمل الخطط العلاجية وسائل تعزيز الصحة والتثقيف الصحي.

من المهم الأخذ في الاعتبار أن التقييم الشامل للمُسِنّ يهدف إلى تحديد قائمة المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية التي يعاني منها المريض المُسِنّ، ووضع خطط علاج ومتابعة لكل المشكلات، واتخاذ الاحتياطات اللازمة لتقليل حدوث المضاعفات أو الأمراض الجديدة. ويجب أخذ الأعراض الغير النمطية في الاعتبار.

أفراد الفريق المعني بالتقييم الصحي الشامل للمُسِنّين

الطبيب، المرضة، الاختصاصي الاجتماعي، الصيدلي، اختصاصي العلاج الطبيعي، اختصاصي الوظائف، اختصاصي التخاطب، الاختصاصي النفسي، اختصاصي التغذية.

ويشترك أفراد الفريق في عملية التقييم وترتيب أولويات العلاج ووضع الخطط العلاجية وخطط المتابعة لجميع المشكلات الصحية والاجتماعية والنفسية للمُسِنّ.

وتختلف درجة احتياج المُسِنّ لأفراد الفريق من حيث حجم المشاركة وإمكانية تبديل الأدوار باختلاف حالة المُسِنّ، فقد يحتاج أحد المُسِنّين إلى جميع أفراد الفريق، بينما قد لا يحتاج مُسِنّ آخر إليهم جميعهم.

يجب أن يتدرب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية على:

- ✓ التقييم الصحي الشامل.
- ✓ وضع تصور مبدئي لقائمة المشكلات.
- ✓ تحديد أفراد الفريق الذين يمكن الاستعانة بهم في كل حالة.

وعلى مستوى الرعاية الصحية الأولية يمكن أن يقوم القائم على تقديم الرعاية بعدة أدوار يقوم بها عادة أفراد الفريق الآخرين في حالة غيابهم عن مركز الخدمة لحين عودتهم.

وبالرغم من أن التقييم الصحي الشامل للمُسِنّ يبدو:

- أكثر صعوبة.
- أكثر تكلفة.
- يستغرق زمناً أطول.

فإنه إذا لم يتم التقييم الصحي الشامل للمُسِنّ، فإنه يتعرض لمشكلات صحية لا يواجها إلا في مراحل متأخرة من حياته.والمقصود بالبيئة المحيطة بالمُسِنّ هي كل ما يحيط بنا من عناصر وظروف نؤثر فيها ونتأثر بها. لذا فإن البيئة تشمل:



و من ثم فأن أي تقييم للأمان البيئي لا يكتمل إلا بتقييم جميع الجوانب السابقة مجتمعة.

والأماكن المختلفة التي يعيش بها المُسِنّون هي:

1- المنازل الخاصة.
2- دور رعاية الكبار.
3- دور الرعاية الممتدة.
4- المشافي.

وإن كانت فترة المكث بالمستشفيات عادة قصيرة أثناء الحاجة للرعاية الطبية الحادة إلا أن كثرة تردد بعض المُسِنّين عليها واحتياجهم لتلك الرعاية بصورة متكررة يجعلها من أماكن الإقامة المعتادة لبعضهم ولفترات طويلة.

وتؤثر البيئة التي يحيا بها المُسِنّ على حالته الصحية والاجتماعية والنفسية، فقد أشارت الدراسات إلى أن **المنازل** من أكثر البيئات التي يفضِّلها المُسِنُّون لكونها مألوفة وحميمية بالنسبة لهم كما إنها تعزز علاقاتهم الاجتماعية بالأسرة والأصدقاء حتى وإن كانت في بعض الأحيان غير آمنة. فأفضل مكان لرعاية المُسِنّ هو منزله الخاص، وذلك لعدم اقتلاعه من جذوره، وعدم حرمان بيئته ومن يحيطون به من مشاركاته المتنوعة. ويعاني العديد من المُسِنّين من آثار نفسية واجتماعية سلبية مثل الاكتئاب والعزلة عند انتقالهم لدار رعاية أو مستشفى وترك المنزل.

وفي **دور الرعاية** هناك ارتفاع في معدلات معظم الأمراض التي يعاني منها المُسِنُّون، سواء النفسية أم العضوية، مع ارتفاع معدلات الوفيات. وليست البيئة في دُور رعاية المُسِنّين هي المسؤول الرئيسي عن الآثار السلبية التي يتعرض لها المسنون فيها، وإنما تساهم فيها بشدة الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية لهم، والتي غالباً ما تكون أسوأ من أقرانهم في المجتمع، وتستلزم رعاية طبية مكثفة.

المفاهيم الصحيحة والخاطئة التي تتعلق بالأمان البيئي:

مفاهيم صحيحة	مفاهيم خاطئة
تقييم بيئة المسن وتهيئتها له من أهم العوامل التي تعزز الاستقلالية.	البقاء بالمنزل دائماً آمن.
المنزل ليس دائماً بيئة أمنة للمسنين. فعند الاحتياج للتجهيزات المتقدمة في دور الرعاية تصبح تلك الدور أكثر أماناً من المنزل.	مشاركات المسن الاجتماعية خارج المنزل تمثل عامل خطورة، لاحتمال وقوع الإصابات والحوادث.
الحركة والنشاط بصورة صحيحة ووفقاً للحالة الصحية للمُسِنّ، وإن استدعيا أجهزة مساعدة، من أهم العوامل للصحة البيئية النفسية والاجتماعية للمُسِنّ.	
أمان المسن يرتبط بجودة حالته الوظيفية، وبأداء أنشطته، وبمواءمة البيئة التي يقيم فيها، سواءً في المنزل أم في دار الرعاية.	أمان المُسِنّ يرتبط بقلة نشاطه وحركته، وذلك لتجنب الإصابة.

وشروط البيئة الآمنة والتي يجب على القائم على تقديم الرعاية الأولية أن يدركها:

- أن تتيح للمُسِنّ القيام بالأنشطة اليومية والمتقدمة التي تسمح بها حالته الصحية، ولو استدعى ذلك استخدامه لأجهزة مساعدة، مثل الكرسي المتحرك، أو تجهيزات في البنية الأساسية للبناء في المنزل أو دار الاستضافة، شريطة أن لا يزيد ذلك من مخاطر تعرضه للسقوط.
- أن لا يتعرض الُسِنّ فيها للعنف الجسدي أو النفسي أو المادي.
- أن تتيح للمُسِنّ الحصول على كل الخدمات المتاحة في المجتمع؛ الصحية والاجتماعية وخدمات التنقل والمواصلات في الوقت المناسب وبصورة لائقة، مع توفير التسهيلات دون أن يمثل ذلك عبئاً على المُسِنّ ولا على من يقدم له الرعاية.
- أن تكون البيئة الداخلية التي يقيم فيها المُسِنّ مجهَّزة للحماية من الحوادث، مثل توافر أجهزة الإنذار من الحريق، والخلو من الأدوات الخطيرة مثل الآلات الجارحة والواخزة، والعوائق التي تسبب السقوط المتكرر، وخصوصاً لدى المصابين بضعف الإحساس، ومرضى الخَرَف الذين لا يستطيعون إدراك المخاطر بسهولة.

يتحقق القائم على تقديم الرعاية الصحية الاولية من توافر شروط الأمان البيئي

فعند توافر الشروط المذكورة أعلاه تصبح بيئة المُسِنّ آمنة، أما إذا لم تتوافر فيجب على القائم على تقديم الرعاية الأولية تسجيل نقاط القصور والعمل على علاجها.

أولاً: يجب اجراء التقييم الشامل للمُسِنّ، للوقوف على نقاط الضعف المتعلقة به، والتي تُعرض سلامته البيئية للخطر، والتدخل لمنعها أو لعلاجها.

إن إجراء هذا الفحص الشامل بصورة دورية للمُسِنّ يُؤدي إلى الاكتشاف الباكر لنقاط الضعف في الأمان البيئي ويساعد على التدخل السريع لعلاجها. ومن الضروري البحث عن النقاط التالية:

وجود تاريخ مرضي (سوابق) بكثرة التعرض للإصابات والحوادث والسقوط المتكرر أو التعرض للعنف الجسدي أو النفسي والمعنوي أو الابتزاز المادي في البيئة التي يقيم بها المُسِنّ وما يستلزمه من تدخل.	وجود عوامل خطر للإصابة بأمراض قد تزيد من تعرض المُسِنّ للإصابات والحوادث أو إساءة المعاملة مثل ضعف الحواس، وأمراض العظام والمفاصل، والاكتئاب والهذيان والخَرَف وغيرها من الأمراض العقلية والنفسية، وما يستلزمها من تدخلات.
تقييم الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمُسِنّ ومدى استطاعته لتلقي الدعم اللازم ولتوفير الأمان البيئي (مثل توفير الأجهزة التي تساعده على الحركة).	تقييم الحالة الوظيفية والعقلية والنفسية للمُسِنّ مع تسجيل نقاط القصور المختلفة ومحاولة علاجها.

ثانياً: يجب على القائم على تقديم الرعاية الأولية أن يطلب من القائم على رعاية المُسِنّ مراقبته أثناء تأدية أنشطته اليومية والمتقدمة **وتسجيل الصعوبات والمخاطر التي يتعرض لها المُسِنّ** في تلك الأثناء واستعراضها مع القائم على تقديم الرعاية في الزيارات المتتالية حيث أن:

- تقييم ما يتمتع به القائمون على رعاية المُسِنّ من الأمان البيئي هو من أهم نقاط تقييم الأمان البيئي حيث لا يمكن لأي شخص كان أن يتخيل المخاطر التي قد يتعرض لها المُسِنّ أثناء الاغتسال مثلاً دون مراقبته.
- تقييم البيئة الخارجية أيضاً بمراقبة وتسجيل الصعوبات التي يواجهها المُسِنّ أثناء سيره في الطرقات وعبوره لها واستخدامه للمرافق العامة وغيرها.

مثال: يتعرض بعض المصابين بضعف الإحساس بالحرارة بسبب أمراض الجهاز العصبي للاحتراق بالمياه الساخنة أثناء الاغتسال دون أن يشعروا بذلك، ولا يتم اكتشاف ذلك إلا بمراقبة المريض أثناء الاغتسال.

ثالثاً: تقييم البيئة الداخلية والخارجية التي يعيش بها المُسِنّ:

تقييم البيئة الداخلية

يستطيع القائم على تقديم الرعاية الأولية أن يقيّم البيئة الداخلية وأن يوائمها لتجنب المخاطر كما يلي:

- السؤال والتأكيد على توفير الإضاءة الكافية أثناء حركة المُسِنّ لتجنب سقوطه.
- التأكُّد من عدم وجود الآلات الحادة والجارحة والواخزة التي تمثل خطراً على المُسِنّين ولا سيما المصابين بالخَرَف.
- إعادة ترتيب الأثاث الداخلي بحيث لا يعيق حركة المُسِنّين بل يساعدهم بالاتكاء عليه أثناء تنقلهم داخل المنزل.
- تجنب الأرضيات الزلقة واستبدالها أو تغطيتها بأسطح خشنة يستطيع المُسِنُّون التنقل فوقها بأمان.

تقييم البيئة الخارجية

يقع عبء الجزء الاكبر من تقييم البيئة الخارجية على أجهزة الدولة المعنية ومنظمات المجتمع المدني، فهي التي يجب أن تأخذ في الاعتبار أمان الكبار في المدن المختلفة، بأن تتبنى برامج المدن المراعية للسن، والتي يتم فيها تجهيز الطرقات ووسائل المواصلات والوسائل الإرشادية وأماكن الخدمات العامة بصورة ملائمة للمُسِنّين وظروفهم الصحية المختلفة.

يستطيع القائمون على تقديم الرعاية للمُسِنّين ابتكار العديد من التعديلات في البيئة لتحقيق الأمان البيئي، بمجرد مراجعتهم للحالة الصحية للمُسِنّ وللصعوبات التي سجَّلوها.

يستطيع القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية أن يضمن جزءاً من الأمان الخارجي للمُسِنّ بالتأكيد على المُسِنّ بما يلي:

- استخدام الأجهزة المساعدة مثل سماعات الأذن، والنظارات الطبية، والهاتف المحمول وتسجيل عليه أرقام الطوارئ في حال احتياجها عند الخروج من المنزل أو المنشاة.
- اصطحاب بطاقة مسجل بها الأمراض التي يعاني منها واصطحاب الأدوية التي قد يحتاجها بصورة طارئة مثل أدوية قصور الشرايين التاجية في كل مرة يغادر بها المنزل أو المنشأة.
- اختيار الملابس المناسبة والحذاء المناسب للطقس والمكان الذى يقصده المسن فلا يعيقه عن الحركة أو يتسبب له في الإصابات والوقوع أو في حدوث بعض الأمراض مثل الإنفلونزا ونزلات البرد.

يجب على القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية التعرف على مكان إقامة المُسِنّ وإذا ما كان من المناطق المعروف عنها عدم الأمان مثل مناطق تكثر فيها الجرائم أو يسوء بها المناخ أو التي يصعب وصول خدمات الطوارئ إليها كعربات الإسعاف والإطفاء أو الأماكن التي لا تصلها الخدمات الحيوية مثل إمدادات الكهرباء والمياه، حينها يتعين على القائم على تقديم الرعاية الأولية إرشاد المُسِنّ لمكان بديل، مثل دور الرعاية.

ويلجأ القائم على تقديم الرعاية إلى طلب المساعدة في توفير الأمان البيئي للمُسِنّ في الحالات التالية:

- حين يعجز عن مساعدة المُسِنّ في إداء أنشطة حياته اليومية أو المتقدمة أو يخشى من الوقوع في خطر تعرضه للإصابة أثناء تأديتها بسبب عدم ملائمة البيئة المادية المحيطة.
- حين يتعلق الأمر بالبيئة النفسية والاجتماعية للمُسِنّ ويعجز القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية عن معالجتها.
- حين يتعلق الأمر بأمراض يعانيها المُسِنّ وتحتاج إلى استشارة طبية متخصصة.

ويمكن لكل من الاختصاصيين المذكورين أدناه تقديم المساعدة في توفير الأمان البيئي للمُسِنّ:

1. **اختصاصي المعالجة الوظيفية:** يستطيع اختصاصي المعالجة الوظيفية أن يقدم للمُسِنّ الحلول والتدريبات والموائمات البيئية اللازمة لتساعده على أداء أنشطته، كما يستطيع أن يدرِّبه ويدرِّب القائم على رعايته عليها.
2. **الطبيب الاختصاصي بالأمراض المعنية.**
3. **الاختصاصي بالمعالجة النفسية مع أو بدون الاختصاصي الاجتماعي.**

الأمان البيئي العالمي والمُسِنّين

إن العالم يضج بالحروب والكوارث الطبيعية والكوارث الكيميائية وارتفاع نسب الملوثات الصناعية والاحتباس الحراري وغيرها، مما يلقي بظلاله القاتمة على الجنس البشري ككل، وعلى الكبار بالأخص. لذا ينبغي الالتفات إلى المُسِنّين في المناطق المشتعلة من العالم، لأنهم من الفئات المستهدفة بالمخاطر، وذلك بتوفير الفحص الطبي الدوري الشامل لهم، والتعرف على تأثيرات تلك الاوضاع على أمانهم البيئي، والتدخل لتوفير أقصى درجات الأمان لهم.

حالة للمناقشة انظر الحالة 1-5

مراجع استرشادية:

- Beers, MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station, NJ: Merck Research. Laboratories; 2000. available at http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html
- Reuben DB, Herr - Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2012, 14th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2012.

الفصل(1-6) : فريق الرعاية الصحية للمُسِنّين

الدكتورة ضحى رشيدي علي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على أهم أفراد فريق الرعاية المسؤول عن تقديم الخدمة الصحية للمُسِنّين.
- يحدِّد دور كل فرد من أفراد فريق الرعاية.
- يتعرَّف على خصائص فريق الرعاية الناجح .
- يتمكَّن من وضع خطة تعامل مع المُسِنّ ويوضِّح دور كل عضو في الخطة.

المفاهيم الخاطئة:

- **يمكن تقديم الرعاية الصحية للمُسِنّين من خلال طبيب فقط:** وهذا غير صحيح، لأن احتياجات المُسِنّين معقدة وتتطلب فريقاً متعدد التخصصات (طبيب، وممرضة، واختصاصي نفسي، وغيرهم) لتلبية هذه الاحتياجات.

- **تتأثر جودة حياة المُسِنّ بحالته العضوية فقط:** وهذا غير دقيق، إذ إن تأثير العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية لا يقل أهمية عن الحالة الصحية على جودة حياة المُسِنّ، مما يوجب أخذ تلك العوامل في الاعتبار عند وضع الطبيب للخطة العلاجية للمُسِنّ.

- **أهداف الرعاية الصحية واحدة لكل المرضى المُسِنّين**: وهذا خطأ، فالمُسِنّون مجموعة غير متجانسة في احتياجاتهم، مما يؤدي إلى اختلاف أهداف الرعاية بين مُسِنّ وآخر، ويجب أن تكون تلبية احتياجات كل مُسِنّ هي محور خطة الرعاية الموضوعة له.

إن الرعاية الصحية للمُسِنّين معقدة بسبب تعدد احتياجات هذه الفئة العمرية، فلديهم احتياجات صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية وبيئية، فلا يمكن تقديم خدمة صحية متكاملة للمُسِنّ إلا من خلال فريق متعدد التخصصات وله خبرة في التعامل مع المشكلات الخاصة بالمُسِنّين.

وتهدف الرعاية الصحية للمُسِنّين إلى تحسين الأداء الوظيفي، كما أنها ترتكز على جودة الحياة، وليس على مدتها، فقد تتغير أهداف الرعاية من الوقائية لتعزيز الصحة إلى العلاجية أو التأهيلية أو التلطيفية حسب الحاجة. ويجب أن يكون فريق الرعاية قادراً على تقديم أي من هذه الخدمات عند الحاجة إليها، على مدى حياة المُسِنّ.

خطوات الرعاية المتكاملة للمُسِنّين:

أولاً: التقييم الشامل للمُسِنّين:

1. تقييم صحي.
2. تقييم نفسي.
3. تقييم اجتماعي.
4. تقييم وظيفي.

ثانياً: تحديد الموارد المتاحة:

1. تحديد الموارد المادية.
2. تحديد الموارد الاجتماعية.
3. تحديد الموارد التقنية.

ثالثاً: تحديد هدف الرعاية:

1. تحديد ما يريده المُسِنّ.
2. تحديد ما يريده القائمون على رعايته.
3. تحديد ما يمكن تحقيقه فعلاً.

رابعاً: وضع خطة محددة للرعاية

خامساً: المراجعة المستمرة للخطة الموضوعة:

1. هل حقق المُسِنّ أي تقدم؟
2. هل تحتاج الخطة للتعديل؟

فوائد التعامل مع المُسِنّين من خلال فريق:

1. التحديد الدقيق لاحتياجات المُسِنّ والأسرة، ومعرفة تداخلاتها وتعقيداتها.
2. تقليل معدلات انتقال المُسِنّين إلى دُور الرعاية وتحقيق أكبر قدر من الاستقلالية عندهم.
3. تقليل أثر الإعاقة العضوية والتعامل مع التغيرات النفسية المصاحبة لها.
4. تحسين جودة حياة المُسِنّين وزيادة رضاهم ورضا أسرهم عن الخدمة ككل.

أعضاء فريق رعاية المُسِنّين:

يتكون فريق رعاية المُسِنّين من عدد من الأفراد ينتمون إلى عدد من التخصصات ذات الصلة الوثيقة بتقديم الرعاية للمُسِنّين، ويتغير تشكيل الفريق بحسب احتياجات المريض والهدف المرجو من الرعاية ومكان تقديمها (المنزل، أو مركز الرعاية الصحية الأولية، أو المستشفى، أو دور الرعاية الممتدة).

أدوار ومسؤوليات أفراد فريق الرعاية:

1. طبيب متخصص في طب المُسِنّين

- التقييم الطبي والجراحي والإشراف على الهيئة التمريضية.
- تحديد البرامج الوقائية اللازمة للمُسِنّ.
- وضع الخطة العلاجية والإشراف على تنفيذها.

2. ممرضة متخصصة في رعاية المُسِنّين

- الالتزام بخطة الرعاية لتقديم الرعاية التمريضية
- تعليم المُسِنّ والقائمين على رعايتهم سبل الرعاية الشخصية

3. الاختصاصي الاجتماعي

- مقابلة الأسرة ومساعدتها في تخفيف عبء رعاية المُسِنّ، وتعريفها بمصادر الرعاية المجتمعية المختلفة.
- محاولة حل المشكلات الناجمة عن قلة الموارد الاجتماعية أو المالية.

4. الصيدلي

- بدء وتعديل ومتابعة العلاج الدوائي بالتحاليل المعملية اللازمة وتقييم استجابة المريض.
- التثقيف الصحي للمُسِنّ حول العلاج الدوائي والجرعات اللازمة والأعراض الجانبية وتسجيل الأدوية التي تسبب حساسية لدى المريض والأدوية المحظورة أو المتعارضة بملف المريض.

5. الاختصاصي النفسي

- تقييم وتأهيل مشاكل الذاكرة واضطرابات المزاج والسلوك.
- تحديد قدرة المريض على اتخاذ قرارات.

6. اختصاصي التأهيل المعرفي واللفظي

- تقييم وعلاج اضطرابات اللغة والكلام وتقييم وعلاج اضطرابات البلع.
- تقييم اضطرابات الذاكرة والمشاركة في تأهيل مرضاها.

7. اختصاصي التأهيل البدني

- فحص وعلاج أمراض العضلات والعظام، وعلاج المشاكل العصبية والعضلية التي تؤثر على الحركة وأداء الوظائف اليومية
- تشخيص قدر الإعاقة والعلاج التأهيلي
- وضع البرنامج الرياضي المناسب لقدرات المُسِنّ الصحية.

8. اختصاصي المعالجة الوظيفية

- مساعدة الأفراد على تحقيق الاستقلال، وتحسين أداء أنشطة الحياة اليومية؛
- التقييم البيئي والتوصية باستخدام المعدات التكيفية والأطراف الصناعية.

9. اختصاصي التغذية

- تقييم الحالة الغذائية للمُسِنّ ومراجعة عاداته الغذائية.
- التوعية والتثقيف الصحي خاصة في مجال التعريف بأسلوب الغذاء الصحي المتوازن.

10.طبيب الفم والأسنان

- التعامل مع تسوس الاسنان وأمراض اللثة.
- تقييم وتركيب الأسنان الصناعية.

11.القائمون على رعاية المُسِنّ

- القائمون على رعاية المُسِنّ المدربون على ذلك سواءً كانوا من الأسرة أو من نظام الرعاية الرسمية للمُسِنّين، يعتبرون أفراداً هامين في الفريق.
- فهم مصدر غني بالمعلومات عن المُسِنّ الغير القادر على التواصل. وهم المنفذون الأوائل لخطة العلاج والمتابعون الأساسيون لتقدمها.
- و هم المصدر الأساسي للدعم الاجتماعي والنفسي للمُسِنّين.

خصائص فريق الرعاية الناجح:

1. قدرة أعضاء الفريق على التواصل الفعال وتبادل المعلومات والمشاركة في الخبرات.
2. يتميز كل عضو بالفريق بالمهارات التي تؤهله للتعامل مع رعاية المُسِنّين.
3. يدرك كل عضو في الفريق دوره المحدد ويلتزم به.
4. يعملون جميعاً لضمان تكامل واستمرارية الرعاية.
5. يتشارك الفريق في هدف واحد وهو تقديم الرعاية المثلى للمسن.
6. قدرة الفريق على التطوير المستمر.
7. قدرة الأعضاء على تبادل الأدوار عند الحاجة.

حالة للمناقشة الحالة 1-6

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009
- Forciea MA, Schwab EP, Raziano DB, Mourey RL, eds. Geriatric Secrets. 3rd ed. Henley and Belfus, Inc. 2004.

الفصل (1-7) : تناول أدوية متعددة

polypharmacy

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب ان:

- يدرك مفهوم تناول أدوية متعددة.
- يتعرف على أسباب تناول أدوية متعددة ومضاعفاته.
- يتعرف على دور القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية في معالجة تناول أدوية متعددة.
- يتقن المبادىء الأساسية لكتابة الأدوية للمُسِنّين.

يستخدم اكثر من 50% من المُسِنّين 3 - 5 أنواع من الأدوية على الأقل.

وتعريف تناول أدوية متعددة هو استخدام 5 أدوية أو أكثر. وهو شكل من أشكال إساءة استخدام الأدوية، ومن أشهر أشكاله:

- تناول أدوية متعددة بدون سبب واضح.
- تناول أدوية متعددة لمعالجة نفس المرض.
- تناول أدوية متعددة تتعارض في فعاليتها.
- تناول أدوية متعددة بجرعات غير صحيحة.
- تناول أدوية متعددة لمواجهة الأعراض الجانبية لأدوية أخرى.

أهم المشكلات الناتجة عن تناول أدوية متعددة:

1- التفاعلات الدوائية بين الأدوية والجسم وبين بعض الأدوية وبعضها الآخر، وقد تؤدي هذه التفاعلات إلى مضاعفات قاتلة .

2- الدخول المتكرر للمستشفيات.

3- عدم الانتظام في العلاج، نظراً لصعوبة التنسيق بين الأدوية الكثيرة العدد، مما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية.

4- زيادة التكلفة العلاجية والتي يصعب توفيرها سواء من ميزانية وزارة الصحة أو منة جيب المريض المُسِنّ نفسه.

أسباب تناول المُسِنّين لأدوية متعددة:

1- تعدُّد الأمراض لدى المُسِنّين.

2- سهولة صرف الأدوية دون وصفة من الطبيب.

3- تعدُّد الوصفات الطبية من تخصصات مختلفة.

4- عدم اهتمام بعض الأطباء بخطورة تناول أدوية متعددة لدى المُسِنّين، وعدم اهتمام أسرهم بذلك.

5- نقص الخبرة لدى القائمين على تقديم الرعاية الصحية في قواعد كتابة وصفات الأدوية للمُسِنّين

6- المعتقدات الشائعة بأن الأعشاب وبعض الأدوية مثل الفيتامينات والمنشطات والملينات آمنة تماماً ولا تسبب أي أضرار أو تفاعلات.

اعتماد المسن على طبيب واحد وصرف الأدوية من صيدلي واحد = وصفة طبية آمنة

المبادئ الأساسية لكتابة وصفة طبية ناجحة للمُسِنّين:

1- تحديد المشكلة الطبية

ليست كل الأعراض التي يشكو منها المريض تعني وجود مشكلة عضوية، بل إن هناك الكثير من الأعراض سببها غير عضوي (أعراض جانبية لبعض الأدوية أو لتفاعلات دوائية أو عدم الانتظام على الأدوية الموصوفة، أو أسباب اجتماعية ونفسية)

2- تحديد الهدف من الدواء المراد وصفه

3- تحديد مدى ملاءمة الدواء للمريض (الفاعلية والأمان)

يجب تحديد الأدوية الملائمة لكل مريض مُسِنّ منفرداً وفقاً لحالته، وبعد التقييم الشامل له.

4- كتابة الوصفة الطبية بصورة صحيحة

يجب أن تشمل اسم المريض وعمره واسم الدواء والجرعة وطريقة الاستخدام وسبب الاستخدام ومدة الاستخدام، وتحذيرات واسم الطبيب وتوقيعه والتاريخ.

5- كتابة واضحة للإرشادات والتحذيرات حول الاستخدام

يجب أن يعرف المريض دواعي استخدام الدواء، ومدة استخدامه، والأعراض المتوقع اختفائها، ومتى تختفي، والأعراض التي لن تختفي، والآثار المترتبة على عدم الاستخدام او عدم الالتزام بالوصفة الطبية، والآثار الجانبية وكيفية التعامل معها، وتحديد موعد الزيارة القادمة.

6- تحديد آلية المتابعة وتوقيت التوقف عن الاستخدام

وتهدف المتابعة الى التأكُّد من تحقيق الهدف من الدواء، وترصد حدوث الآثار الجانبية التي تستدعي التوقف عن استخدامه، وذلك من خلال المقابلة الشخصية والفحص السريري (الاكلينيكي) او الفحوصات المختبرية (المعملية).

دور القائم على تقديم الرعاية الأولية في تخفيف وطأة تناول المُسِنّين لأدوية متعددة:

1- تجنب كتابة الدواء للأعراض البسيطة والغير المحددة والتي تزول ذاتياً.

2- كتابة الدواء عند وجود دليل على فعاليته وحاجة قوية لاستخدامه.

3- استخدام العلاج الغير دوائي كلما أمكن كبديل للعلاج الدوائي.

4- مراجعة الأدوية بصفة دورية من حيث أنواعها والحاجة إليها وفعاليتها وجرعاتها والتفاعلات الدوائية والأعراض الجانبية والانتظام في تناولها. **فالمراجعة المتكررة لمحتويات حقيبة الأدوية للمُسِنّ هو الأسلوب الأمثل لمتابعة حالته.**

5- التواصل مع المريض ومع القائمين على رعايته حول الأدوية التي يتناولها وأسباب استخدامها، وتوقعات المريض لتأثيراتها، ومعوقات استخدامها.

6- التواصل مع التخصصات الأخرى عند تغيير المُسِنّ لوصفته الطبية.

7- تبسيط الوصفات الطبية بالاقتصار على ما هو ضروري وفعّال وبجرعة واحدة كلما أمكن).

8- التثقيف الصحي للمريض ولأهله حول الأدوية المستخدمة، سواءً بوصفة طبية او بدون وصفة طبية، وإتاحة الفرصة للمُسِنّ للاستفسار.

القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية يؤدون الدور الأساسي في مقاومة تناول أدوية متعددة.

حالة للمناقشة الحالة 1-7

مراجع استرشادية:

- Beers (2012). 'The American Geriatrics Society Beers criteria update expert panel. American Geriatrics Society Updated Beers criteria for otentially inappropriate medication use in older adults'. Journal of the American Geriatrics Society, vol 60, no 4, pp 616–31.
- -Garcia RM. Five ways you can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. Journal of Family Practice 2006.Apr;55(4):305-12.
- Guide to Good Prescribing. A practical manual. World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, Geneva 1994.
- The Use of Essential Drugs. Model List of essential drugs - updated every two years. Currently 18th edition, 2013. The list is available at: www.who.int/medicines

الفصل (1-8): الأخلاقيات والتشريعات في رعاية المُسِنّين

Legal and ethical issues in elderly care

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على أساسيات الأخلاقيات والتشريعات في الرعاية الصحية للمُسِنّين.
- يتمكن من تعزيز وحماية وكفالة حقوق المُسِنّين.
- يتعلم التعامل مع مشاكل تطبيق الأخلاقيات والتشريعات في الرعاية الصحية الأولية.

تمثل أخلاقيات وتشريعات الرعاية الصحية السليمة أساساً للممارسة الطبية الناجحة، ويجب أن يكون لدى القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية الوعي الكامل بأساسيات أخلاقيات وتشريعات الرعاية الصحية للمُسِنّين.

المبادئ الأساسية للأخلاقيات في الرعاية الصحية للمُسِنّين:

- التأكُّد من توفير الاستفادة من الخدمة.
- التأكُّد من عدم حدوث أي ضرر.
- العدالة في الممارسة.
- المصداقية.
- الخصوصية.
- الاستقلالية.

ولتحقيق هذه المبادئ يجب أن يكون القائم على تقديم الرعاية الصحية الاولية على وعي كامل بالنقاط التالية عند التعامل مع المريض المُسِنّ:

1- الموازنة بين المخاطر والفوائد عند وضع أي خطة علاجية، مع الأخذ في الاعتبار جميع العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار بعد التقييم الشامل للمُسِنّ، ووضع جودة الحياة والكفاءة الوظيفية كأولوية قصوى.

2- إن العدالة في الممارسة تعني عدم التمييز بسبب السن، وبالتالي عدم حرمان المُسِنّ من أي تدخل طبي وقائي أو علاجي أو تأهيلي لمجرد تقدمه في العمر، بل ينبغي تقييم كل مريض على حدة، والموازنة بين المخاطر والفوائد.

3- ان المريض المُسِنّ له كامل الحرية في اتخاذ القرارات الخاصة بحالته الصحية وهذا يتطلب:

- التمييز بين المُسِنّ الذي يتمتع بالأهلية والمُسِنّ الفاقد للأهلية (الذي يفتقد القدرة على اتخاذ القرار).

- معرفة كيفية تطبيق الموافقة المستنيرة، والتي تتطلب إعطاء المُسِنّ أو القائم على رعايته جميع المعلومات الطبية اللازمة، وإيضاح جميع المخاطر والفوائد بمصداقية لمساعدته على اتخاذ القرار.

4- ان يكون على درجة عالية من المهارة في كيفية التواصل مع المريض المُسِنّ، وبناء علاقة وثيقة بينهما، تؤدي إلى الوصول إلى أقصى درجة من الاستفادة.

5- اكتشاف المعوقات التي تحول بين المريض الذي يتمتع بالأهلية وبالقدرة على اتخاذ القرار، ومساعدته في التغلب على تلك المعوقات، مثل صعوبة استيعابه لبعض المعلومات الطبية، وتدخل أفراد العائلة في اتخاذ القرار، وخاصة الأبناء والاختلافات بينهم، والخلفية الدينية والاجتماعية والثقافية للمريض.

إن العلاقة الوثيقة بين الطبيب والمريض المُسِنّ هي أساس تطبيق مبادئ أخلاقيات الرعاية الصحية للمُسِنّين.

الموافقة المستنيرة:

تعريف الموافقة المستنيرة:

الموافقة على الخضوع للمعالجة أو على المشاركة بتجربة طبية، بعد تلقي شرح مفصل حول سير العمل فيها وعن الفوائد والمخاطر الممكنة والأعراض الجانبية.

عناصر الموافقة المستنيرة:

1- التأكُّد من أهلية المريض المُسِنّ وقدرته على اتخاذ القرار

- فحص الحالة العقلية للمُسِنّ.
- التأكُّد من استيعاب المريض المُسِنّ للمعلومات الطبية بسؤاله مباشرة عنها.
- التأكُّد من إدراك المريض المُسِنّ لعواقب حالته الصحية ووسائل علاجها.
- التأكُّد من قدرة المُسِنّ على موازنة المخاطر والفوائد بصورة صحيحة.
- التأكُّد من قدرة المُسِنّ على توضيح أسباب اختياره النهائي بصورة منطقية.

2- إعطاء المعلومات

- سؤال المريض المُسِنّ عن المعلومات المتاحة له حول مرض معين أو إجراء طبى معين لمعرفة المفاهيم الموجودة لديه.
- إعطاء المُسِنّ جميع المعلومات الطبية حول المخاطر والفوائد والبدائل العلاجية.
- إتاحة الفرصة للمريض لطرح الأسئلة.

3- إتاحة ظروف ملائمة للمُسِنّ لاتخاذ القرار

فحين يشعر المريض المُسِنّ أحياناً بأنه مجبر على اتحاذ قرار معين فيجب إعطائه الوقت المناسب في حالة عدم وجود طوارئ.

إن وجود قصور في الوظائف المعرفية لدى المُسِنّ لا يعنى عدم قدرته على اتخاذ القرار، ولكن يجب تقييم كل موقف على حدة.

المبادئ الأساسية للجانب التشريعي لرعاية المُسِنّين

- يتمتع المُسِنّون بكل مواد إعلان الأمم المتحدة الخاص بحقوق الإنسان. فالمُسِنّون أحرار ومتساوون في الكرامة والحقوق.
- تُعْطَى حماية المُسِنّين ومصالحهم الأولوية في جميع القرارات والإجراءات المتعلقة برعايتهم أياً كانت الجهة التي تصدرها أو تباشرها.
- ضرورة إتاحة وصول المُسِنّين إلى البيئة المادية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وخدمات الصحة والتعليم والإعلام والاتصال، لما لها من أهمية في تمكينهم من التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية.
- تتخذ الدولة جميع التدابير المناسبة لكل مُسِنّ لتوفير حقه في الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية تقدمها مؤسسات تحت إشراف وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية.
- الأسرة هي الوحدة الطبيعية والأساسية للمجتمع، وتستحق الحماية من جانب المجتمع والدولة، وينبغي أن يحصل المُسِنّون وأفراد أسرهم على الحماية والمساعدة اللازمتين لتمكين الأسر والمُسِنّين فيها من المساهمة في التمتع الكامل وعلى قدم المساواة بحقوقهم.
- للمُسِنّ الحق في الحياة والبقاء والنمو وسط أسرة متماسكة ومتضامنة والتمتع برعايتها. وعلى الأسرة أن توفر الرعاية والحماية الضرورية للمُسِنّ، وعلى الدولة أن توفر رعاية بديلة لكل مُسِنّ حُرِم من رعاية أسرته.

ويجب أن يكون لدى القائمين على تقديم الرعاية الصحية، بما فيهم القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، الوعي الكامل بالإجراءات القانونية لبعض المشاكل التي يتعرض لها المرضى المُسِنّون، وذلك وفقاً للتشريعات الخاصة بكل دولة، وتشمل:

1- أهلية المُسِنّ وتشريعات الحجر الطبي والوصاية.

2- الإجراءات القانونية لحماية المُسِنّ من إساءة معاملته وانتهاك حقوقه.

3- التشريعات الخاصة بالمرضى في مراحل الحياة النهائية.

حالة للمناقشة الحالة 8-1

مراجع استرشادية:

- Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Bernard MA, Flaherty E, eds. Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 5th ed. Mosby; 2006.
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.

الفصل (1-9) نماذج من خدمات ومؤسسات رعاية المُسِنّين

Models of elderly care services and institutes

الدكتور أحمد شوقي محمدين، الدكتورة ضحى رشيدي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يعرف المصطلحات ذات الصلة بمستويات رعاية المُسِنّين في المؤسسات وفي المجتمع.
- يتعلم مشاكل رعاية المُسِنّين في المستويات المتعددة.
- يدرك المفاهيم الخاطئة المرتبطة بمستويات وخدمات المُسِنّين.
- يتعلم تقييم احتياجات المُسِنّ وتحديد مكان رعايته.
- يتعرف على أنواع الرعاية المختلفة ومزاياها وعيوبها المختلفة مثل الرعاية الحادة والمزمنة والرعاية في المنزل.
- يتدرب على الرعاية المديدة وأشكالها المختلفة.
- يدرك أهمية الرعاية الانتقالية وحفظ استمرارية الرعاية.
- يتعرف على الرعاية في نهاية الحياة.
- يتعرف على مفهوم توصيل الأنباء السيئة والعوائق المختلفة التي تواجه الطبيب فيها.
- يتعرف على ردود الفعل المختلفة للنبأ السيئ عند المرضى المُسِنّين.
- يكتسب مهارة توصيل الأنباء السيئة للمُسِنّين.
- يكتسب المعلومات الخاصة بأهم أسباب ومضاعفات عدم قدرة المُسِنّين على الحركة.
- يكتسب مهارة تقديم الرعاية للمُسِنّين المقعدين من خلال فريق.
- يضع خطة للتعامل مع حالات عدم قدرة المُسِنّين على الحركة.

تقديم

تتميز خدمات رعاية المُسِنّين بتعدد مستوياتها بسبب عدم تجانس المُسِنّين من حيث الأداء الوظيفي والاحتياجات. ورغم ذلك فرعاية المُسِنّين الناجحة تتطلب وجود "سلسلة متصلة" تضم كل مستويات وخدمات الرعاية. وكل مستوى من الرعاية يقدم خدماته إلى "عميل أو زبون" له صفات خاصة، وأهداف محددة، وفريق محترف من العاملين، وله أيضاً اعتبارات مالية محددة. ولكن كل ذلك يتطور بتطور المجتمع والنظم الصحية وتقنيات الرعاية. فالرعاية الناجحة للمُسِنّين تستوجب فهم مختلف أنواع ومستويات رعاية المُسِنّين. وهذا يفيد المُسِنّين بتوجيههم في المسار الصحيح نحو الخدمة المناسبة، ويفيد العاملين في الرعاية الصحية الأولية بتوفير أفضل مكان للمُسِنّين مع مراعاة حالة كل منهم.

تعريفات ومصطلحات خدمات رعاية المُسِنّين

إن تعريف نوع معين أو مستوى محدد من الرعاية أمر صعب، إذ يكون موضع خلاف، أو يكون غير محدد، وذلك لأن تفرعات وشُعَبْ خدمات رعاية المُسِنّين تعتبر حديثة نسبياً، وبالتالي فإن بعضها غير واضح المعالم، أو ما يزال في تطور مستمر، وأيضاً تتداخل العديد من الخدمات في ما تقدمه، وقد يتم تقديم الخدمة نفسها ولكن بأسماء مختلفة في نفس النطاق الجغرافي نفسه، مما يشكل صعوبة في الاتفاق على تعريف محدد. إلا أننا سنعرض المصطلحات المهمة التالية:

الرعاية Care: هي تطبيق المعرفة في شكل خدمة لمنفعة المجتمع أو الفرد.

الرعاية الرسمية Formal care : المساعدة التي يقدمها أفراد ينتمون لهيئات تستهدف أو لا تستهدف الربح، خاصة أو حكومية، أو أفراد من غير الأسرة لا ينتمون لتلك الهيئات ولكنهم يقدمون الرعاية بصفة منتظمة، مقابل أجر، للمُسِنّين الذين يعانون من مشاكل صحية.

الرعاية غير الرسمية Informal care: المساعدة التي يقدمها أفراد من الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران القائمين على رعاية المُسِنّ الذي يعاني من مشاكل صحية بدون أجر.

أفراد الأسرة القائمون على تقديم الرعاية Family caregiver: يشملون أفراد الأسرة الذين يقدمون الرعاية غير الرسمية للمُسِنّ بدون أجر بل كواجب أسري.

مشاكل رعاية المُسِنّين في المستويات المختلفة

إن مشاكل رعاية المُسِنّين ودعم القائم على تقديم الرعاية تشبه الجبل الجليدي العائم الذي لا نستطيع إلا رؤية جزء صغير منه يطفو على السطح. فعلى سبيل المثال فإن رعاية المُسِنّ في المنزل التي يقدمها أفراد الأسرة بدون أجر بل كواجب أسري هي طريقة الرعاية الأوسع انتشاراً في الدول النامية، بينما لا تتوفر الرعاية في المؤسسات خارج البيت (في دور المُسِنّين والمستشفيات وأندية المُسِنّين) إلا لأقل من 10 % من المُسِنّين، وذلك بسبب عدم توافر شبكات الخدمات الرسمية لرعاية المُسِنّين المؤسسية، أما في الدول المتقدمة فإنها تحاول إخراج عدد أكبر من المُسِنّين من مؤسسات الرعاية إلى المجتمع، مع توفير الدعم لمن يقدم الرعاية لهم. ويغلب أن تذهب ميزانيات الدعم الحكومي المخصصة لخدمات المُسِنّين الصحية والاجتماعية كلها أو الجزء الأكبر منها لدعم الرعاية في المؤسسات، دون وجود آليات مباشرة أو غير مباشرة لدعم القائم على تقديم الرعاية.

ففي مصر هناك حوالي ستة ملايين مُسِنّ، ولا يتجاوز عدد نزلاء دور المُسِنّين الآلاف فقط. مما يعني وجود حوالي ستة ملايين أسرة في المجتمع تقدم رعاية للمُسِنّين، وحوالي اثني عشر مليون القائم على تقديم رعاية غير رسمية على الأقل، باعتبار أن بكل أسرة اثنان منهم في المتوسط، ولا توجد خدمات عامة أو تشريعات لدعم القائم على تقديم الرعاية أو لمراعاة مشاكله.

المفاهيم الخاطئة المرتبطة بمستويات رعاية المُسِنّين:

- **الأماكن الطبيعية لرعاية المُسِنّين هي المنزل والمستشفى فقط**، وهذا غير صحيح لأنه توجد دُور المُسِنّين والرعاية النهارية.
- **دُور المُسِنّين مستواها متواضع ومخصصة للفقراء أو لمن فقدوا من يرعاهم**، وهذا غير صحيح لأنها مخصصة لمن يحتاجون مساعدة في ممارستهم لأنشطتهم اليومية.
- **رعاية المُسِنّين في المنزل لا تحتاج لإشراف صحي لأنها رعاية بسيطة**، وهذا غير صحيح لأنها مختلفة المستوى وقد تصل لمستوى يماثل وحدات الرعاية المركزة.
- **لا يوجد لدينا ما يمكننا أن نقدمه للمُسِنّين في آخر حياتهم، فإما أن يموتوا في المستشفى أو في المنزل**، وهذا غير صحيح، فهناك الرعاية التلطيفية في أي مكان.
- **أنا وإخوتي نرعى والدي بما نستطيع، وأحياناً يحدث تقصير ولكنه خارج عن إرادتنا، بسبب ضغوط حياتنا، ولا يوجد ما نستطيع عمله**. وهذا غير صحيح حيث يمكن استخدام الرعاية النهارية أو الرعاية بالاستراحة.

أنواع ومستويات رعاية المُسِنّين

خطوات تحديد نوع ومستوى الرعاية المطلوبة

الخطوة الأولى هي تحديد مستوى الرعاية المطلوب، واحتياجات المُسِنّ، ثم مكان تقديم الرعاية، وإن أمكن تفادي الرعاية في المؤسسات لأقصى حد، وتوفير الرعاية بأقل التكاليف.

مستويات رعاية المُسِنّين

- **الرعاية الحادة** عند وجود أزمة صحية حادة.
- **الرعاية ما بعد الحادة** بعد استقرار الحالة العامة.
- **الرعاية المديدة.**
- **الرعاية الأولية Primary care:**

تتكون الرعاية الأولية من خدمات وقائية، مثل التطعيمات والتثقيف الصحي وصحة البيئة والتغذية والمنزل الصحي والصحة المدرسية وصحة الأمومة والطفولة والصحة النفسية والعقلية والتأهيل في المجتمع. كما تشمل تقديم خدمات علاجية أولية محدودة، مثل تشخيص وعلاج الأمراض الواسعة الانتشار، والإسعافات الأولية، وجراحة اليوم الواحد ورعاية الأسنان. ومن وظائفها الهامة الإحالة للرعاية الثانوية.

- **الرعاية الثانوية Secondary care:**

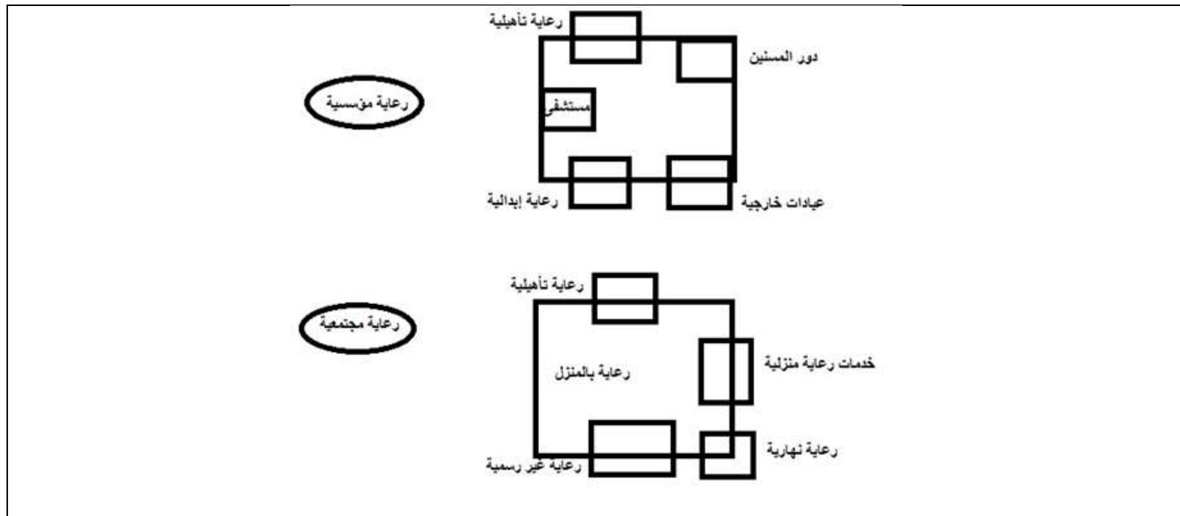
هو مستوى متوسط من الرعاية الصحية، يتم فيه التشخيص والعلاج في مستشفيات التخصصات العامة ومختبرات "معامل" وتجهيزات متخصصة.

- **الرعاية الثالثية Tertiary care:**

هو قطاع الخدمات الصحية المتكاملة التي يتوافر به التخصصات الصحية المعتادة والدقيقة. كما يتم به إجراء الأبحاث والتدريب صحي.

تقييم احتياجات المُسِنّ

يحتاج كثير من المُسِنّين إلى المساعدة بشكل أو بأخر مع تقدم العمر في الرعاية الشخصية أو في تدبير المنزل. وتبلغ نسبة الحاجة لمساعدة في أنشطة الحياة اليومية 5% من المُسِنّين في عمر 60 وتتضاعف لتصل إلى 50% في عمر 90.



يتم تقييم الاحتياجات الحالية والمتوقعة في المستقبل القريب والبعيد. ومن أهم الاحتياجات:

- احتياجات في الحياة اليومية: بتقييم أنشطة الحياة اليومية.
- احتياجات طبية: مثل تناول الأدوية وقياس العلامات الحيوية.
- احتياجات اجتماعية: مثل استمرار وبناء شبكة علاقات اجتماعية ومنع العزلة.
- احتياجات نفسية: مثل الترفيه والتعامل مع القلق والاكتئاب.
- احتياجات مالية: مثل الدخل الشهري والدعم المادي.

تحديد مكان تقديم الرعاية

ينبغي أن تكون الرعاية في المنزل هي الأساس، شريطة تلبيتها لاحتياجات المُسِنّ، سواء عن طريق أسرته أو بمساعدة خدمات الرعاية المنزلية، وذلك لأنها غير مكلفة نسبياً، ويشعر المُسِنّ خلالها بالأمان والألفة والخصوصية والاستقلالية، وتحتفظ له بشبكته الاجتماعية. وقد مكَّنت خدمات الرعاية المنزلية الفعّالة بمداها الواسع نسبة أكبر من المُسِنّين المحتاجين للمساعدة من الاستمرار في تلقي الرعاية بمنازلهم دون ضغوط جديدة على القائم على تقديم الرعاية.

رعاية المُسِنّين في المجتمع

- الرعاية المنزلية.
- منشآت الحياة المستقلة.
- منشآت الرعاية المساعدة.
- الرعاية النهارية.

رعاية المُسِنّين في المؤسسات

- دُور المُسِنّين
- المستشفيات

الرعاية في المؤسسات، ما لها وما عليها

تقدم الرعاية في المؤسسات (في المستشفى أو في دار المُسِنّين) أنواعاً خاصة من الرعاية التي لا يمكن تقديمها في الرعاية في المجتمع، ولكنها سلاح ذو حدين.

فالرعاية في المؤسسات قد تعرض المُسِنّ للعديد من المخاطر (انظر الجدول المرفق)، وأغلب هذه المخاطر تؤدي إلى تدهور حالة المُسِنّ، مما يستدعي المكوث فترة أطول تحت مظلة الرعاية في المؤسسات، مثل المستشفى أو دار المُسِنّين، وأحيانا يدخل المُسِنّ في حلقة مفرغة ما لم يكن القائمون على الرعاية محترفين.

مخاطر الرعاية في المؤسسات

- تدهور الأداء الوظيفي.
- فقدان الاستقلالية والحاجة للرعاية في المؤسسة بشكل دائم.
- السقوط المتكرر.
- ضعف الحركة.
- قرحات الانضغاط بالفراش.
- الهذيان.
- مشاكل ملازمة الفراش.

- الجفاف.
- سوء التغذية.
- القلق والاكتئاب.
- انكماش الشبكة الاجتماعية.
- فقدان الخصوصية (ولا سيما في الغرف الجماعية).
- العدوى المكتسبة من المستشفيات أو من المؤسسات.
- تناول أدوية متعددة.
- التعرض لفحوصات كثيرة.
- التعرض لمشاكل سببها التدخلات الطبية بقصد العلاج أو التشخيص، وليست ضمن المسار الطبيعي للمرض الأصلي.

كيفية ضمان نجاح الرعاية في المؤسسات وتقليل مخاطرها

- تجريب كل البدائل المتاحة في المنزل والمجتمع قبل اللجوء للرعاية في المؤسسات.
- تقييم الاحتياجات.
- الحوار مع المُسِنّ وعائلته عن تفضيلات الرعاية والعلاج وأمنياته، وتوصيته المسبقة Advance directives والوصاية الصحية عليه Healthcare proxy.
- حفظ الاستقلالية والخصوصية والراحة الشخصية.
- المتابعة الدقيقة لفترة الدخول الأولية لملاحظة التكيف العاطفي والوظيفي والمادي مع المؤسسة.
- تشجيع سياسة الزيارات للحفاظ على الشبكة الاجتماعية.
- مراعاة الراحة الشخصية وتفضيلات الوجبات والنوم.
- المراجعة الدورية لسبب الدخول للمؤسسة ولخطة الفحوصات والعلاج والنتائج الحالية والمتوقعة.

الرعايةالحادة Acute care

تعريف الرعاية الحادة: هي الرعاية الطبية والتمريضية والتأهيلية التي تُقَدَّم للمُسِنّين بسبب إصابتهم بالأمراض والمشاكل الحادة، مثل العلاج الطبي للالتهاب الرئوي أو العلاج الجراحي للانسداد معوي.

تُقَدَّم الرعاية الحادة عادة في المستشفى، ويمكن تقديمها في المنزل أو في دُور المُسِنّين، ولكن لعدد محدود من المُسِنّين. وبشكل عام تبدو دار المُسِنّين أقل الأماكن فعالية للرعاية الحادة بسبب عدم توافر التمريض أو الأطباء أو العلاج الطبي المنتظم.

الرعاية تحت الحادة Sub acute care

تعريف الرعاية تحت الحادة: هي الرعاية الطبية والتمريضية والتأهيلية التي تُقَدَّم للمرضى بعد الشفاء من الأمراض الحادة، وبعد الخروج من أقسام الرعاية الحادة. مثلا العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي وعلاج الجروح والقرحات.

تقدم الرعاية تحت الحادة عادة خارج المستشفى، إما في المنزل أو في دور المُسِنّين، ويمكن تقديمها في المستشفى في وحدات التأهيل، ولكن لعدد محدود من المُسِنّين. وبشكل عام تبدو دار المُسِنّين أقل الأماكن فعالية للرعاية تحت الحادة بسبب عدم توافر التمريض أو الأطباء أو العلاج الطبي المنتظم.

الرعاية المديدة Long term care

تعريف الرعاية المديدة: هي مجموعة من الخدمات المتنوعة التي تُقَدَّم لأفراد بحاجة لمساعدة صحية أو رعاية شخصية أو مساعدة في أنشطة الحياة اليومية لفترة زمنية طويلة نسبياً. وأغلبهم يحتاج رعاية طبية نشطة، لأن سبب الإعاقة عادة هو مرض مزمن أو مزيج من مرض حاد مع مرض مزمن. يتم تقديم الرعاية المديدة في أي مكان، في المنزل أو المجتمع أو المؤسسات المختلفة.

والعماد الرئيسي للرعاية المديدة هو الرعاية غير الرسمية التي تقدمها الأسرة، وهي تمثل ثلثي حالات الرعاية المديدة في الغرب. والثلث الباقي هو مزيج من الرعاية الرسمية وغير الرسمية، لأن الرعاية الرسمية لا تستطيع تلبية كل احتياجات المُسِنّ. وتتمثل معظم خدمات الرعاية المديدة في المساعدة في أنشطة الحياة اليومية بدرجات مختلفة مثل الأكل والاستحمام وارتداء الملابس والحركة.

مصدر التمويل

لا يغطي التأمين الصحي عادة تكاليف الرعاية المديدة، أو أنه يغطيها لفترة قصيرة بعد الخروج من المستشفى. فتقع تكاليفها على المُسِنّ أو أسرته أو الحكومة أو منظمات المجتمع المدني. ويمكن الاطلاع على الملاحق التوضيحية حول تمويل خدمات المُسِنّين.

يعتمد تقييم فعالية الرعاية المديدة بكل أنواعها على:

- النتائج السريرية مثل تحسن المرض، والتغيير في الأداء الوظيفي، وعدم فقدان الوزن الأصلي للجسم، وعدم حدوث مشاكل مثل قرحات الفراش، ومرونة تقديم الرعاية في أي مكان، وعدم الإجهاد المادي لضمان الاستمرارية

دُور المُسِنّين Nursing homes

تعريف دُور المُسِنّين: هي مؤسسات إقامة للمُسِنّين تقدِّم لهم فيها المساعدة في أنشطة الحياة اليومية والرعاية التمريضية. ودُور المُسِنّين هي أعلى مستويات رعاية المُسِنّين بعد المستشفيات، وتمثل الأساس في تقديم الرعاية المديدة، وهي تعتبر النموذج المرجعي للمقارنة مع أشكال الرعاية المديدة الأخرى. ودُور المُسِنّين شكل من أشكال الضمان الاجتماعي. فهي تتلقى عادة تمويلها من الحكومة جزئياً أو كلياً، من التأمين الصحي والتأمينات الاجتماعية. وتسمى دُور المُسِنّين أيضاً مرافق الرعاية التمريضية الماهرة Skilled nursing facility ومرافق رعاية المعتمدين على غيرهم Dependant living facility. ومشاكل دور المُسِنّين هي مشاكل الرعاية في المؤسسات، وقد سبق تفصيل القول فيها.

وقد تُصَنَّف دور المُسِنّين تبعاً لحالة المُسِنّ، مثل مرضى ألزهايمر، أو الرعاية في نهاية العمر، أو الرعاية التمريضية المكثفة للتعامل مع إعاقة مؤقتة. وفي كل الأحوال فإن توفير الرعاية الطبية والتمريضية والاستعانة بالرعاية الصحية الأولية المدربة لخدمة المُسِنّين في دور المُسِنّين تمنع أو تقلل الحاجة لنقل الرعاية للمستشفيات.

دور مساعدة المُسِنّين في حياتهم اليومية Assisted living facilities

تعريف دور مساعدة المُسِنّين في حياتهم اليومية: هي نوع من دور الرعاية المديدة في المؤسسات، ولا يوجد لها تمييز محدد أكثر من تقديمها المكان الذي يوفر للمُسِنّين المستقلين دورات المياه ومكان للاستحمام ووسائل لحفظ وطهي الطعام. ويمكن أن تقدم بعضها خدمات معيشية أخرى حسب الحاجة إما بانتظام وإما عند الطلب، مثل إعداد ثلاث وجبات يومياً، وتنظيف المنزل، والمساعدة في الأكل والشرب والاستحمام، والأمن على مدار الساعة، وخدمات الانتقال، وخدمات استدعاء الطوارئ، وتدريبات بدنية، وخدمات المغسلة، والأنشطة الاجتماعية والترفيهية. ومن النماذج التي تمثل دور مساعدة المُسِنّين في حياتهم اليومية مجمعات المعيشة المشتركة للمُسِنّين والشقق الفندقية وغير ذلك.

أصبحت دور مساعدة المُسِنّين في حياتهم اليومية منافساً قوياً لدور المُسِنّين، لأنها تحفظ لهم الاستقلالية والخصوصية، وتسد احتياجاتهم في أنشطة الحياة اليومية. إلا أن دور مساعدة المُسِنّين في حياتهم اليومية ذات تكلفة عالية، ولا تتلقى التمويل من التأمين الصحي، وإن كان هناك اتجاه غير قوي لتمويلها أو لدعمها.

الرعاية المنزلية Home care

تعريف الرعاية المنزلية: هي تقديم الخدمات للمُسِنّين الذين يحتاجون لمساعدة بسيطة أو كبيرة في أنشطة الحياة اليومية في أماكن سكناهم في المجتمع، لكي لا يضطروا إذا حرموا من تلك المساعدة لدخول دار المُسِنّين.

القائمون على تقديم الرعاية للمُسِنّين لا يتلقون الدعم المطلوب:

يمثل تقديم الرعاية للمُسِنّين تحدياً كبيراً تواجه خدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك لأن القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين من أعضاء الأسرة في المنزل أو من العاملين بالأجر في أحد مؤسسات الرعاية (مثل المستشفيات)، هم الركيزة الأساسية في سلسلة تقديم الرعاية للمُسِنّين، والرعاية الصحية الأولية هي خط الدفاع الأول في تقديم الرعاية للمُسِنّين وتقديم الدعم لهم.

حجم الدعم المطلوب للقائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين

إن دعم القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين تشبه الجبل الجليدي العائم الذي نستطيع فقط رؤية جزء صغير منه فقط يطفو على السطح. فالرعاية التي تقوم على تقديم الأسرة في المنزل للرعاية للمُسِنّين هي الأوسع انتشاراً في الدول النامية، نظراً لعدم توافر الرعاية في المؤسسات خارج البيت (في دور المُسِنّين والمستشفيات وأندية المُسِنّين) إلا لأقل من 10 % من المُسِنّين، وعدم توافر شبكات الخدمات الرسمية لرعاية المُسِنّين في المؤسسات، أما في الدول المتقدمة فإن الوضع مختلف، حيث تحاول الحكومات إخراج عدد أكبر من المُسِنّين من مؤسسات الرعاية إلى المجتمع، وإلحاقهم بمنازلهم، مع توفير الدعم للقائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين. وتذهب ميزانيات الدعم الحكومي المخصصة لخدمات المُسِنّين الصحية والاجتماعية كلها أو الجزء الأكبر منها لدعم الرعاية في المؤسسات، دون وجود آليات مباشرة أو غير مباشرة لدعم القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين.

فمثلا في مصر هناك حوالي ستة ملايين مُسِنّ ولا يتجاوز نزلاء دور المُسِنّين إلا عدة آلاف فقط. مما يعني وجود حوالى ستة ملايين أسرة في المجتمع تقدم رعاية للمُسِنّين وحوالي اثني عشر مليون من القائمين على تقديم رعاية غير رسمية على الأقل (باعتبار كل أسرة بها اثنين في المتوسط من القائمين على تقديم الرعاية) ولا توجد خدمات (بشكل عام) أو تشريعات لدعم القائمين على تقديم الرعاية أو لمراعاة مشاكلهم.

أنماط عامة للرعاية المنزلية المقدمة للمُسِنّين

يتلقى المسنون الدعم من أسرهم أو الحكومة أو الجمعيات الأهلية أو المتطوعين، وأغلب القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين لا يتلقون أجراً على عملهم، ولا ينالون أي دعم من الحكومة، وليس لهم صفة رسمية، مهم من السيدات أو الذين يعانون من مشاكل صحية أو محدودي أو منخفضي الدخل أو مُسِنّين آخرين أو بدون عمل أو لهم أدوار أخرى في رعاية أطفالهم.

الرعاية المنزلية والتأمين الصحي:

يعرف التأمين الصحي بأنه "تقديم الخدمة الطبية الضرورية لعلاج الأمراض والإصابات أو تغطية تكاليفها"، ولكنه لا يشمل تمويل خدمة الرعاية المنزلية الصحية، رغم أنها تقلل من الحاجة لدخول المُسِنِّيْن إلى المستشفيات، وألى المؤسسات، وتقليل فترة المكث فيها، وزيادة تأهيل المُسِنّين.

أنواع العاملين في الرعاية المنزلية:

- المساعدة في الأعمال المنزلية المعقدة مثل النظافة وترتيب المنزل.
- المساعدة في الصيانة المنزلية وتأهيل المنزل وتعديله.
- المساعدة في الرعاية الشخصية مثل ارتداء الملابس والأكل.
- المساعدة في الرعاية الصحية مثل تناول الأدوية وقياس العلامات الحيوية.
- المساعدة التمريضية المحترفة مثل تضميد قرحات الفراش.
- المساعدة في الإدارة لميزانية المنزل وتنسيق الرعاية.

جدول الخدمات التي يمكن تقديمها في الرعاية المنزلية

رعاية اختصاصية	دعم منزلي	خدمات تشخيصية	أدوات طبية
• طبيب • تمريض • طبيب أسنان • اختصاصي رعاية الأقدام • اختصاصي بصريات • اختصاصي التأهيل والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب والعلاج التنفسي • اختصاصي نفسي • اختصاصي تغذية • صيدلي • اختصاصي اجتماعي	• الرعاية المنزلية الصحية • الرعاية المنزلية الشخصية • تدبير وترتيب المنزل • زيارات المتطوعين • توصيل الوجبات للمنزل • الصيانة المنزلية • خدمات الانتقال بالمنزل وخارجه • تعديل وتأهيل المنزل • الرعاية النهارية	• سحب عينات الدم • الأشعة العادية • رسم القلب • تسجيل رسم القلب لمدة 24 ساعة • قياس أكسجين الدم • زرع الدم • قياس السكر	• العلاج الوريدي بالمحاليل، بالمعالجة الكيمائية، بنقل الدم، بالمضادات الحيوية، بالتغذية الوريدية، بعلاج الألم) • أجهزة تنفس صناعي • غسيل كلوي • أجهزة إنذار طبية والرعاية عن بعد

يجب أن يشرف على خدمة المُسِنّين في المنزل مُنَسِّق عام للرعاية المنزلية Home care coordinator بعد أن يتدرب في برامج إدارة الرعاية Care manger program. ومن الممكن أن يقوم الطبيب أو الممرضة أو أحد أفراد الأسرة بدور مُنَسِّق الرعاية المنزلية ويتم إشراكه دائماً في عملية الرعاية المنزلية. وكثيراً ما يضطر القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية بالقيام بدور مُنَسِّق الرعاية المنزلية بالمشاركة مع المُمَرِّضَة.

وظيفة مُنَسِّق الرعاية المنزلية:

- الإشراف العام على تطبيق خطة الرعاية المنزلية للمُسِنّ.
- طلب وتنظيم الاستشارات لأفراد فريق الرعاية.
- تثقيف الأسرة والمُسِنّ.
- التقييم المستمر لخطة الرعاية ولتطوير وشائل تلبية احتياجات المُسِنّ.
- نقطة اتصال بين أفراد فريق الرعاية.
- نقطة اتصال بين فريق الرعاية والمُسِنّ والعائلة.

الزيارة المنزلية الصحية

أسباب استدعاء الطبيب لزيارة منزلية:

- الزيارة التقييمية الأولى عند الانضمام لبرنامج الرعاية المنزلية.
- غموض في حالة المريض العامة.
- التدهور المفاجئ في حالة المُسِنّ.
- فشل في النمو أو فقدان وزن.
- طلب تقييم طبي من أحد أفراد فريق الرعاية.

- الحاجة لاجتماع عائلي لاتخاذ قرار صحي.
- الرعاية الروتينية لمريض حبيس في المنزل.

الزيارة المنزلية الصحية ما لها وما عليها:

مزايا الزيارة المنزلية	عيوب الزيارة المنزلية
• التواصل بين المريض المُسِنّ ومُنَسِّق الرعاية المنزلية. • دعم وطمأنة المُسِنّ. • مراجعة خطة الرعاية. • تفادي مشقة الذهاب للمستشفى. • تفادي المكث لفترة طويلة بالمستشفى.	• تستهلك وقتاً طويلاً. • لا يوجد دعم مادي لها. • أحيانا تكون ضارة عند اتخاذ قرار علاجي دون فحوصات. • أحياناً لا تضيف جديداً.

مرافق الرعاية النهارية للمُسِنّين Day care service

تعريف الرعاية النهرية للمُسِنّين: إن برامج الرعاية النهارية للمُسِنّين (نوادي المُسِنّين) هي مؤسسات تقدم خدمة رعاية المُسِنّين أثناء فترة النهار دون إقامة لهم في الليل. وعادة تقدم الخدمة لمدة 10 ساعات على الأقل يومياً. وهي تعمل في إطار نموذج رعاية اجتماعية أو نموذج رعاية اجتماعية وصحية.

أهداف مراكز الرعاية النهارية للمُسِنّين

- منع أو تأجيل أو تقليل الحاجة لطلب المُسِنّين للمساعدة أو إدخالهم في دُور رعاية المُسِنّين.
- توفير الرعاية للاستراحة respite care في بيئة آمنة يتوفر فيها الوقاية من الإصابات والأخطار (مثل الإشراف العام والوجبات).
- ممارسة أنشطة تحفظ استقلالية المُسِنّين مثل العلاج الطبيعي والوظيفي.
- ممارسة الأنشطة الترفيهية (مثل الأنشطة الاجتماعية والرحلات).
- دعم استقلالية المُسِنّين في المجتمع وتقليل حاجتهم لدعم الآخرين.
- تخفيف العبء عن القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وإتاحة العمل لهم.

وقد تطورت برامج رعاية المُسِنّيْن في العديد من البلدان لتشمل فئات خاصة مثل المُسِنّين المصابين بمرض ألزهايمر وذوي الاحتياجات الخاصة.

ويتم رسم خطة الرعاية بإشراف طبيب أو أحد أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع المُسِنّ وبقية أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية له ومع أسرته، وتتم مراجعتها بانتظام.

أنواع مراكز رعاية المُسِنّين النهارية:

- مركز رعاية نهارية للمُسِنّين يقتصر على تقديم الرعاية الاجتماعية للمُسِنّين فقط.
- مركز رعاية نهارية صحية للمُسِنّين يقدم نموذج الرعاية الاجتماعية والصحية للمُسِنّين.
- مركز رعاية نهارية متخصصة للمُسِنّين يقدم نموذج الرعاية الاجتماعية والصحية للمُسِنّين من ذوي الحالات الخاصة مثل مرضى ألزهايمر).

الرعاية الانتقالية أو انتقال الرعاية Transitional care or Transition of care

تعريف الرعاية الانتقالية: هي خدمات التنسيق التي تقدم للمُسِنّ عند نقل رعايته من مكان لآخر، مثل نقله من الرعاية المنزلية في منزله إلى المستشفى، أو العكس. وتضمن الرعاية الانتقالية للمُسِنّ استمرارية سلسلة الرعاية وفعاليتها، وعدم وجود فجوات تعرِّض حياته للخطر أو تتسبَّب في فشل الانتقال، مثل الاضطرار لإعادته مرة أخرى إلى المستشفى بعد خروجه منها، أو تكرار فحوصات أو علاجات بعد أن استغنى عنها.

عوامل ضمان نجاح الرعاية الانتقالية:

- توفير مُنَسِّق واحد للرعاية مثل الطبيب أو الممرضة أو أحد أفراد الأسرة.
- التواصل بين المستوى السابق والمستوى الجديد من الرعاية، مثل زيارة مستوى الرعاية الأول قبل الانتقال.
- توافر وثيقة انتقال كاملة وتشمل:
  - تفاصيل التواصل مع المشرف على الرعاية السابقة.
  - تفاصيل التواصل مع الأسرة.
  - المسار المرضي السريري (الإكلينيكي).
  - التوجيهات بخصوص خيارات الرعاية.
  - سوابق أو تاريخ لحساسية أو أعراض جانبية للأدوية.
  - قائمة بالأمراض المزمنة.
  - العلامات الحيوية.
  - نتائج الفحوصات الحديثة في المختبرات أو المعامل.
  - تفاصيل أجهزة المساعدة في الحركة.
  - مستوى الأداء الوظيفي.
  - مستوى الوظائف المعرفية.
  - مستوى الإدراك الحسي (مثل السمع والبصر).
  - تفاصيل قائمة الأدوية.
  - مقترحات لمستوى الرعاية التالي.
  - أي تعليمات خاصة.

رعاية المُسِنّين المقعدين (غير القادرين على الحركة)

المفاهيم الخاطئة:

- **الراحة بالفراش مفيدة للنقاهة واسترداد الطاقة** : وهذا غير صحيح، فرغم أن الراحة تقلل من الاحتياج للأكسجين وتقلل شدة الألم ولكن لها مضاعفات عديدة بعضها يمكن أن يكون قاتلاً.
- **ترجع عدم قدرة المُسِنّين على الحركة إلى أمراض عضوية فقط**: وهذا غير صحيح، فالأسباب النفسية وغياب الأمان البيئي تلعب دوراً هاماً في فقد القدرة على الحركة في المُسِنّين.

الأسباب العضوية لعدم القدرة على الحركة لدى المُسِنّيْن:

1. أسباب في الجهاز العضلي الهيكلي مثل أمراض المفاصل والكسور وتشوهات القدمين.
2. أسباب في الجهاز العصبي مثل السكتة الدماغية وداء باركنسون وإصابات المخيخ التي تؤدي إلى خلل التوازن.

3. أسباب في الجهاز القلبي الوعائي مثل فشل (هبوط) شديد في عضلة القلب وقصور الشرايين التاجية والذبحات المتكررة وقصور الشرايين المحيطية (الطرفية).
4. أسباب في الجهاز التنفسي مثل الصمّات الرئوية الشديدة.
5. انعدام التكيُّف.
6. سوء التغذية.
7. العلاج الدوائي بالمهدئات ومضادات الذهان والأدوية التي تخفض ضغط الدم عند الوقوف مثل مدرات البول وموسعات الأوعية.
8. ضعف الحواس مثل اعتلال الأعصاب المحيطية أو الطرفية وضعف الإبصار.
9. أسباب أخرى لعدم القدرة على الحركة في المُسِنّين:

- أسباب نفسية: مثل الاكتئاب والخوف من السقوط المصاحب لعدم الاتزان.
- أسباب خارجية متعلقة بالبيئة: وجود المريض بالمستشفى وما يراقه من استخدام القيود والمهدئات وتثبيت المريض من خلال العلاج بالمحاليل الوريدية، واستخدام القثاطر البولية، وانعدام الخصوصية، وعدم توفر أدوات المساعدة الحركية، وسوء الإضاءة، وعدم توفر إجراءات الأمان البيئية.

مضاعفات عدم الحركة في المُسِنّين:

قد يكون من المتعذر تفادي تقييد حركة المُسِنّين ولكن من الممكن تجنُّب أغلب مضاعفاته، وهي:

مضاعفات عدم الحركة في الجلد: قرحات الانضغاط في الفراش.

مضاعفات عدم الحركة في الجهاز العضلي الحركي: ضمور العضلات وتليف الأربطة وهشاشة العظام.

مضاعفات عدم الحركة في الجهاز القلبي الوعائي: هبوط ضغط الدم عند الوقوف وزوال التكيف وجلطات الأوردة العميقة بالساقين.

مضاعفات عدم الحركة في الرئة: انخماص الرئة atelectasisوالالتهاب الرئوي الشفطي aspiration pneumonia

مضاعفات عدم الحركة في الجهاز الهضمي: فقدان الشهية والإمساك وانحشار البراز وسلس البراز.

مضاعفات عدم الحركة في الجهاز البولي: التهاب مجرى البول وانحباس البول أو سلس البول أو حصوات المثانة.

مضاعفات عدم الحركة في الحالة النفسية: الاكتئاب والهذيان والانعزالية والقلق واضطرابات النوم.

مضاعفات عدم الحركة في الاستقلاب (الأيض): نقص حجم البلازما، والتوازن السلبي للنيتروجين، وزيادة الكالسيوم، وزيادة الرينين والأنجيوتنسين.

مضاعفات عدم الحركة في الأداء الوظيفي: فقدان الاستقلالية والانتقال إلى دُور الرعاية الممتدة.

أفراد فريق رعاية المُسِنّين المقعدين

الطبيب، الممرضة، الاختصاصي الاجتماعي، الصيدلي، اختصاصي العلاج الطبيعي، اختصاصي الوظائف، اختصاصي التخاطب، الاختصاصي النفسي، اختصاصي التغذية.

هدف رعاية المُسِنّين المُقْعَدين: التركيز على القدرات لا على الإعاقات، والوقاية من المضاعفات.

خطة العمل في مؤسسة الرعاية الصحية الأولية:

- العمل على معالجة السبب الذي يؤدي إلى إعاقة الحركة.
- التغذية الجيدة (بروتين وفيتامينات) والحماية من الجفاف.
- الدعم النفسي والاجتماعي.
- تقييم قدرة المريض على أداء باقي أنشطة الحياة اليومية والقدرة على التقلب في الفراش، والانتقال إلى المقعد المتحرك، وتحريكه.
- تدريب المريض على استعمال وسائل المساعدة على الحركة مثل العصا والمشاية والعكاز والكرسي المتحرك.
- تقييم المنزل وإعداده لتسهيل أداء المريض لأنشطته اليومية، فالممرات فيه مُزَوَّدة بمقابض للتمسك بها، والأبواب تتسع لمرور كرسي متحرك، والسلالم تسمح باستعمال الكرسي المتحرك.
- منع حدوث قرحات الانضغاط في الفراش، بتقليب المريض كل ساعتين، واستعمال فراش هوائي، والعناية بالجلد.
- اتقاء الجلطات في أوردة الساق باستعمال الأدوية المانعة للتجلط والجوارب المطاطية والضغط الهوائي المتقطع.
- اتقاء تشوهات المفاصل وانكماش العضلات نتيجة اتخاذ وضعيات غير مناسبة أو التجبير بالجبس، وتسكين الألم، وإجراء تمارين بالمدى الكامل لحركة لكل مفصل، وتمارين تمديد العضلات، وتمارين مقاومة العضلات.
- تشجيع السعال وتمارين التنفس العميق.
- وضع برنامج لتنظيم حركة الأمعاء بإعطاء كميات كافية من السوائل والأطعمة، والنشاط البدني الإيجابي أو السلبي، والمسهلات حسب الحاجة، وتسجيل نشاط الأمعاء يومياً.

مؤشرات الإحالة لمستويات أخرى من الرعاية

الإحالة إلى مستشفى: عند حدوث المضاعفات الخطيرة والتي لا يمكن للقائمين على تقديم الرعاية الأولية التعامل معها مثل: الالتهاب الرئوي، وقرحات الانضغاط بالفراش الملتهبة، والجفاف واختلال شوارد الدم، والهَذَيان، والمرض الرئوي الانسدادي المزمن، والصمات الرئوية نتيجة جلطات الأوردة العميقة بالساق.

الإحالة إلى دور الرعاية الممتدة: عندما لا يستطيع القائمون على رعاية المُسِنّ تنفيذ خطة الرعاية الأولية أو يصابون بالإجهاد الشديد بسبب الرعاية.

نماذج للمصادر المجتمعية المتاحة في الإقليم لرعاية المُسِنّين وبخاصة المقعدين منهم:

مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية بالرياض بالمملكة العربية السعودية.

http://www.sultanfoundation.com

برنامج تقنيات الرعاية والتأهيل الذي يقدمه مركز التنمية الإنسانية للاستشارات الأسرية بالمملكة العربية السعودية

http://www.hdfcc.org

جمعية العطاء لمساعدة المُسِنّين بالقدس، فلسطين.

http://www.masader.ps/ar/user/19092

الرعاية في آخر الحياة End of life care

تعريف الرعاية في آخر الحياة: هي الخدمات التي تُقَدَّم للمُسِنِّين لضمان استمرار رعايتهم حتى آخر العمر لمنع معاناتهم، مثل الرعاية التلطيفية Palliative care ودور رعاية المُحَتَضَرين Hospice.

فالموت نهاية مؤكدة لكل البشر، وفي الحالات التي تعاني من العديد من الأمراض يسبق الموت فترة عصيبة من المعاناة، وأحيانا لا يتم التعامل معها بجدية، وتهدف الرعاية التلطيفية لتخيف وطأة الأعراض التي تحدث في نهاية العمر، بعد إعلان أن المُسِنّ وصل لمرحلة لا يرجى شفاؤه منها، وأن العلاج الطبي لا يجدي، عدا في تلطيف الأعراض، مثل:

- علاج الألم.
- علاج القيء والغثيان.
- علاج الإمساك.
- علاج هذيان نهاية العمر.
- علاج أي أعراض تزعج المريض.

يمكن تقديم الرعاية التلطيفية في المنزل أو في دور المُسِنّين أو أي مكان

ودور رعاية المُحَتَضَرين هي دور تقدم الرعاية التلطيفية لأي عمر في الأمراض المتقدمة، مثل السرطان المنتشر وفشل وظائف الكبد. ويشترط لدخولها وجود تقرير طبي يتوقع الوفاة خلال ستة أشهر، وتعتبر نوعاً من رعاية الاستراحة.

توصيل الأنباء السيئة:

تعريف الأنباء السيئة: هي الأنباء التي تؤثر على إدراك وتصرفات ومشاعر المريض عند نقلها إليه. وهي لا تقتصر عند التعامل مع المُسِنّين على نبأ الإصابة بمرض مميت ولكنها تمتد لتشمل الآتي:

- تشخيص مرض مزمن.
- نتائج بعض الفحوصات لمتابعة مرض مزمن أو مضاعفاته.
- تشخيص إعاقة بدنية أو قصور في القدرات المعرفية أو ضعف الذاكرة.
- الاحتياج لانتقال المُسِنّ إلى دور الرعاية الممتدة.

عملية توصيل الأنباء السيئة:

يجب تذكر أن من غير الممكن تغيير الأنباء السيئة، ولكن طريقة توصيلها قد تغيِّر تأثيرها على المريض، فقد تزيد توتر المريض أو تنقل له أمالاً زائفة وغير واقعية.

وتتكون عملية توصيل الأنباء السيئة من ست خطوات أساسية تبعاً لبروتكول بوكمان (Buckman, 1992)، وهي:

- الإعدادات (إعداد المكان الهادئ واختيار الوقت المناسب).
- الإدراك (وعي المريض بما يعنيه التشخيص الطبي واختيارات علاج المرض والمصير المتوقع له بهذا المرض).
- تحديد القدر الذي يرغب المريض في معرفته، وهل يرغب بمعرفة كل التفاصيل أو بمعرفة سطحية وعامة، لوحده أو يختار أن يشترك معه أحد أفراد أسرته.
- توصيل المعلومات الدقيقة والطبية، ويمكن البدء بعبارات تحضيرية مثل: أخشى أن انقل إليك نبأً... أو لديّ بعض الأنباء التي يجب أن أنقلها لك...
- التعاطف والاستجابة لردود الفعل العاطفية لدى المريض.
- وضع مخطط وتحديد أهداف الرعاية والمتابعة وإبلاغ المريض بالموارد المتاحة.

ردود فعل المرضى عند استقبالهم الأنباء السيئة، وتتباين لتشمل:

- الشعور بالصدمة.
- الشعور بالخوف.
- الشعور بالرضا والقبول.
- الشعور بالحزن.
- الشعور بعدم الاهتمام .
- وقد تصل في بعض الحالات إلى الاكتئاب والرغبة أو محاولة الانتحار.
- أو مزيج من عدد من ردود الأفعال السابقة.

أهم العوائق التي تواجه الطبيب عند توصيل الأنباء السيئة:

- إصابة المريض بقصور في الوظائف المعرفية.
- المريض يعاني من توتر شديد أو أمراض نفسية تجعل من الصعب توقع ردود أفعاله.
- عدم توافر شبكة دعم اجتماعي للمريض (عائلة مثلاً).
- نقص خبرة الطبيب في التعامل مع الأنباء السيئة.
- العوائق الثقافية مثل اختلاف المعتقدات الثقافية بين الطبيب والمريض أو أسرته.

نصائح لتحسين قدرة الطبيب على توصيل الأنباء السيئة:

- الإعداد المسبق للمقابلة.
- اختيار مكان وموعد مناسبين للمريض ولأفراد العائلة.
- عدم استخدام مصطلحات طبية وتقنية وإحصائية معقدة عند توصيل الأنباء السيئة، حتى لا يشعر المريض بالارتباك ويزداد توتره.
- ملاحظة انفعالات المريض وقدرته على التعامل مع التوتر.
- الابتعاد عن الجمود الشديد وعن التعاطف الزائد.
- تحري الدقة والصراحة والتأكُّد من استيعاب المريض للأنباء.
- إشراك المريض في صنع القرار.
- إشراك عدد من أفراد الأسرة، بعد ضمان موافقة المريض، في المقابلة إن أمكن.
- إعطاء الأمل بدون مبالغة عندما يكون الوضع قاتماً.

حالة للمناقشة الحالة 1-9

خريطة توضح أشكال وخدمات رعاية المُسِنّين المختلفة



أهداف الرعاية المديدة

أهداف إيوائية.

أهداف تأهيلية.

أهداف علاجية.

إيصال رسائل تثقيفية.

أماكن رعاية المُسِنّين	
مكان الرعاية	**احتياجات المُسِنّ والخدمات المتاحة**
المنزل	مساعدة في أنشطة الحياة اليومية activities of daily living (**ADL's**) والأنشطة الأساسية في الحياة اليومية. and instrumental activities of daily living (**IADL's**) رعاية تمريضية وتأهيلية محترفة، في حال عدم استطاعة المُسِنّ مغادرة المنزل إلا بصعوبة.
مجمعات إسكان المُسِنّين **Senior citizen housing**	الإيواء
مرفق المساعدة في الحياة **Assisted living facility**	المساعدة في أنشطة الحياة اليومية، ولا سيما إعداد الوجبات وتدبير المنزل وتناول الأدوية.
المستشفيات	الرعاية الحادة للمشاكل الصحية الحادة. الرعاية المزمنة للمشاكل الصحية المزمنة مثل استخدام جهاز تنفس صناعي.
وحدات ومراكز التأهيل ضمن المستشفيات أو المستقلة	التأهيل المكثف تحت إشراف فريق متكامل.
دور المُسِنّين Nursing homes	المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مع أو بدون الرعاية التمريضية المحترفة.
مرفق التمريض الماهر **Skilled nursing facility**	الرعاية التمريضية الماهرة القصيرة المدى. التأهيل الماهر. الرعاية الانتقالية Transitional care الرعاية الطويلة المدى لمُسِنّين ذوي عبء تمريضي عالي.
مجتمعات الرعاية المستمرة للمتقاعدين **Continuing care retirement community**	مدى واسع التنوع من الترتيبات في الحياة، من العيش المستقل إلى الرعاية التمريضية الماهرة، في مكان جغرافي واحد، ضمن شبكة اجتماعية وفريق رعاية شبه ثابت.
رعاية المُحْتَضَرين **Hospice care**	الرعاية التلطيفية لمن عُمره المتوقع أقل من 6 أشهر

مراجع استرشادية:

- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips, 12th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2010.
- Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano, eds. Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach. 1st ed.Springer; 2007
- Joshua Hauser (2010): Palliative Care Communication Issues. Current Clinical Oncology: Palliative Care: A Case-based Guide, Edited by: J.E. Loitman et al. Springer Science
- Buckman RA (2005) Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Commun Oncol 2:138–142
- Walter F. Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale and Andrzej P. Kudelka(2000): SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.The Oncologist, 5:302-311.
- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, eds. Essentials of Clinical Geriatrics, 5th th Edition. McGraw-Hill.2004.
- Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Bernard MA, Flaherty E, eds. Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 5th ed. Mosby; 2006.

الفصل (1-10): رعاية المُسِنّين في حالات الطوارئ والحالات الحرجة

Elderly care in emergency

الدكتورة ضحى رشيدي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مفهوم رعاية حالات الطوارئ والحالات الحرجة.
- يتعرّف على أهم حالات الطوارئ ومعدلات حدوثها في المرضى المُسِنّين.
- يتعرّف ويكون قادراً عل التعامل مع الصعوبات التي تواجه الطبيب عند تعامله مع الحالات الحرجة من المُسِنّين.
- يتعرّف على كيفية تعامل طبيب الرعاية الأولية مع الحالات الحرجة.
- يحدّد أهم أفراد الفريق الطبي المعالج للحالات الحرجة.

ومع الزيادة السريعة في عدد المُسِنّين وزيادة مأمول الحياة يتوقع حدوث زيادة كبيرة في عدد المُسِنّين المترددين على مستويات الرعاية الصحية المختلفة وبخاصة الرعاية الحرجة حيث أن عدد كبير من التغيرات المصاحبة للتَشَيُّخ قد تصبح عاملاً مهماً في زيادة تعرض المُسِنّ للمضاعفات الحادة، ومن أهمها نقص الاحتياطي الفسيولوجي نتيجة تدهور وظائف عدد من أعضاء الجسم مثل:

- زيادة المقاومة الوعائية وزيادة حدوث اضطراب نظم ضربات القلب وحدوث تصلب الشرايين.
- تدهور وظائف التنفس.
- نقص احتياطي وظائف الكلية ونقص الدم الذي يصل للكلية.
- نقص احتياطي وظائف الكبد.
- تَشَيُّخ المناعة Immunosenescence.

حالات الطوارئ لدى المُسِنّين:

هي الحالات الطبية الطارئة والتي تحتاج لإسعاف عاجل، مثل الإصابات والجروح والكسور والإغماء وغير ذلك. وتتميز خدمات الطوارئ بتوافرها على مدار الساعة (٢٤ ساعة يومياً)، وكل يوم من أيام الأسبوع.

أهم حالات الطوارئ في المُسِنّين:

- الهذيان وتدهور الوعي.
- آلام بالصدر.
- ضيق تنفس حاد.
- آلام بالبطن.
- كسور بالعظام.
- نزيف الجهاز الهضمي.

دور القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ:

- تقييم الحالات الطارئة، وتحديد الأولوية في تقديم الخدمة.
- تحديد الحالات التي يمكن استكمال علاجها تحت إشرافه في المؤسسة التي يعمل بها، والحالات التي تحتاج إلى الإحالة لمستوى أعلى من الرعاية.
- تقديم الرعاية المنقذة لحياة المرضى، ثم بمجرد استقرار حالاتهم نقلها مع طبيب إلى المستشفى، وفق بروتوكولات الإحالة في المؤسسة التي يعمل بها.
- مراقبة وتسجيل وتوضيح حالة المريض للطبيب المعالج في المستشفى.
- تهدئة المريض قدر الإمكان حتى وصوله إلى المستشفى.

الرعاية الحرجة: هي رعاية مريض يعاني من عدم استقرار علاماته الحيوية، وحياته مهددة نتيجة إصابته بحالة طارئة، وبحاجة إلى ملاحظة طبية وتمريضية مستمرة.

وتشمل الرعاية الحرجة الآتي:

- تقييم الحالة لمعرفة شدتها.
- العمل على استقرار الحالات المعرضة لخطر الوفاة.
- منع التدهور.
- علاج المسبِّب لحدوث الحالة الحرجة.

أهم الحالات الحرجة في المُسِنّين:

- الفشل التنفسي بسبب الالتهاب الرئوي أو الصمّات الرئوية.
- احتشاء القلب أو الذبحة القلبية غير المستقرة.
- السكتة الدماغية الحادة أو نزيف المخ أو تدهور درجة الوعي.
- اضطراب نظم ضربات القلب مثل الرجفان الأذيني والتقلصات البطينية الباكرة.
- العدوى الشديدة.
- نزيف الجهاز الهضمي.
- مضاعفات السكري ومضاعفات أمراض الغدة الدرقية والكظرية.
- رعاية ما بعد التدخلات الجراحية.

صعوبات التعامل مع المُسِنّين في الطوارئ أو الرعاية الحرجة:

- الأعراض المرضية في المُسِنّين معقدة وغير مألوفة، وتؤدي إلى الارتباك، فقد تظهر أعراض الاحتشاء في القلب لدى مريض مُسِنّ على صورة هَذَيان، وبدون آلام في الصدر، مما قد يؤدي إلى التأخر في إجراء تخطيط (رسم) القلب وعلاج المريض بصورة صحيحة، بل قد يطلب الطبيب فحوصات ليست مفيدة ومكلفة مثل الأشعة المقطعية للمخ.

- تعدُّد الأمراض يؤدي إلى تعقيد خطة العلاج، فقد يعاني المريض المُسِنّ من قصور كلوي وكبدي معاً، مما يؤثر على خيارات الطبيب في العلاج الدوائي.
- تناول المريض المُسِنّ لأدوية متعددة.
- قد يؤدي قصور الوظائف المعرفية لدى المُسِنّ إلى صعوبة التواصل معه لتحديد الأعراض بدقة.
- إن معرفة النشاط البدني المعتاد للمريض مهم لتقييم الشكوى الحالية.

مضاعفات الرعاية الحرجة في المُسِنّين:

- الوفاة.
- عدوى في الصدر أو مجرى البول أو في الدم عبر الأجهزة المتصلة بالمريض، تسببها بكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية.
- قرحات الفراش الانضغاطية.
- سوء التغذية.
- الألم.
- الهذيان والهلاوس.
- التوتر.
- ضعف العضلات وما قد يؤدي إليه من إعاقة.

كيفية التغلب على المضاعفات:

- اتباع النصائح التي تمنع حدوث الهَذَيان، مثل المحافظة على انتظام النوم، وتجنب استعمال الأدوية التي تؤثر على الأعصاب نظيرة الودية، والمهدئات، وعلاج الألم، وتوفير الوسائل المساعدة لضعف السمع ولضعف الإبصار.
- العلاج التأهيلي وتقديم الرعاية للمرضى غير القادرين عل الحركة.
- التغذية الجيدة والمكملات الغذائية.
- الوقاية من حدوث جلطات الأوردة العميقة (استخدام حقن هيبارين تحت الجلد).
- الوقاية من حدوث العدوى.
- الوقاية من حدوث قرح المعدة (استخدام مضادات مستقبلات الهيستامين 2)

أعضاء فريق التعامل مع المُسِنّين في الرعاية الحرجة:

- طبيب اختصاصي في الحالات الحرجة.
- ممرضة اختصاصية في الحالات الحرجة.
- اختصاصي التغذية.
- اختصاصي الطب الطبيعي والتأهيل.
- اختصاصي نفسي.
- اختصاصي التأهيل التنفسي (عند الحاجة).

مراجع استرشادية:

- Balas MC, Casey CM, and Happ MB, (2012): Comprehensive Assessment and Management of the Critically Ill, Evidence-Based Content - Updated July 2012.
- Tritchard RF, Grant IS (2010): critical illness In Davidson's principles & practice of medicine, 21st edition, Boon NA, Colledge NR , Walker PR et al.; 1(2)8 Pp 177-201.
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009

الوحدة الثانية

المشاكل الصحية في المُسِنّين

تلقي هذه الوحدة الضوء على المشاكل الصحية في المُسِنّين، وقد اعتمدنا في الاختيار على ثلاث محاور أساسية:

المحور الأول خاص بالأمراض الأكثر شيوعاً في المُسِنّين، والأكثر تأثيراً على جودة الحياة والحالة الوظيفية للمُسِنّين، والمفاهيم الخاطئة الأكثر انتشاراً).

والمحور الثاني خاص بأهداف الرعاية الصحية الأولية بصفة عامة، والتي تدعم أهمية المسح الطبي، والتشخيص، والتدخل المبكر، والتثقيف الصحي، ولذلك تم اختيار الأمراض التي تؤدي هذه الأهداف دوراً أساسياً في الوقاية منها وعلاجها.

والمحور الثالث يتعلق بمكافحة الأمراض غير السارية أو المزمنة، مثل أمراض الجهاز القلبي الوعائي، والسكري، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي، وهي من أولويات منظمة الصحة العالمية على مستوى العالم في المرحلة القادمة.

واستعرضنا في كل فصل حجم المشكلة، وبعض التعريفات الأساسية، والمفاهيم الخاطئة الشائعة وتصحيحها، وعوامل الخطر، ودور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل المرض، وأهم رسائل التثقيف الصحي، ومؤشرات الإحالة إلى مستويات أخرى من الرعاية.

الفصل (2-1) أمراض الجهاز القلبي الوعائي في المُسِنّين

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يدرك أهمية أمراض الجهاز القلبي الوعائي.
- يعدد التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث بتقدم العمر.
- يصحح المفاهيم الخاطئة.
- يشرح السمات الخاصة لأمراض القلب في المُسِنّين.
- يدرك أدوار أفراد الفريق في الوقاية والكشف المبكر والتشخيص والعلاج والمتابعة.
- يميز مؤشرات الإحالة إلى مستوى آخر من الرعاية.

حجم المشكلة:

تعتبر أمراض الجهاز القلبي الوعائي من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً لدى المُسِنّين، وتشمل ارتفاع ضغط الدم وقصور الشريان التاجي وفشل (هبوط) عضلة القلب. وترتفع نسبة الإصابة مع تقدم السن، وتحدث هذه الأمراض عادةً مصاحبة لأمراض أخرى مثل السكري وارتفاع الدهون بالدم ومتلازمات الشيخوخة وهي الوَهَن والوقوع المتكرر وقصور الوظائف المعرفية والاكتئاب وسلس البول، مما يزيد من تعقيد الخطة العلاجية.

التغيرات الفيزيولوجية في الجهاز القلبي الوعائي:

تؤثر التغيرات الفيزيولوجية في الجهاز القلبي الوعائي تأثيراً سلبياً على المُسِنّين حتى في غياب حالات المرض، وهي:

1- انخفاض ضغط الدم عند الوقوف.
2- اضطراب نظم ضربات القلب، وانخفاض حساسية وعدد المستقبلات بيتا في القلب.
3- تليُّف الشريان الأبهر (الأورطي).
4- تصلُّب الشرايين.

ارتفاع ضغط الدم Hypertension:

يعتبر ارتفاع ضغط الدم من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في المُسِنّين، ومن أهم عوامل الخطر لأمراض القلب والسكتة الدماغية التي هي أهم مسببات الوفاة في العالم.

مفاهيم خاطئة:

- **ارتفاع ضغط الدم تغير طبيعي مع تقدم العمر.** وهذا يحتاج لاتخاذ الاحتياطات، لأن ارتفاع ضغط الدم مرض لا بد من علاجه لتفادي مضاعفاته الخطيرة، فهو القاتل الصامت.
- **يختلف تشخيص ارتفاع ضغط الدم في البالغين عن المُسِنّين.** وهذا غير دقيق، فتعريف ضغط الدم وتشخيصه لا يختلف باختلاف الفئة العمرية.
- **عدم وجود أعراض مرضية ينفي وجود مرض ارتفاع ضغط الدم.** وهذا غير صحيح، فارتفاع ضغط الدم هو القاتل الصامت، ولذلك يجب قياس الضغط بصورة دورية حتى بدون وجود أعراض.

دور مقدم الرعاية الأولية وفريق العمل:

التشخيص المبكر ومتابعة ضبط ارتفاع ضغط الدم باعتباره من عوامل خطر أمراض الجهاز القلبي الوعائي في الرعاية الأولية من أساسيات مكافحة الأمراض غير السارية عالمياً.

تشخيص ارتفاع ضغط الدم:

1- الاكتشاف المبكر لارتفاع ضغط الدم بقياسه على الأقل مرة واحدة سنوياً في حالة عدم وجود أعراض، وقياسه في كل زيارة للمريض.

2- يعتبر المُسِنّ مصاباً بارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغط الدم الانقباضي يساوي أو أكثر من 40 ميلي متر زئبق، أو يكون ضغط الدم الانبساطي يساوي أو أكثر من 90 ميلي متر زئبق أو كليهما في ثلاثة قياسات متباعدة.

3- يجب قياس الضغط في وضعين هما الاضطجاع والوقوف، لتشخيص انخفاض الضغط عند الوقوف.

4- تقييم عوامل الخطر والأمراض المصاحبة ومتلازمات الشيخوخة ومضاعفاتها ومعرفة المريض الذي يحتاج إلى متابعة دقيقة واحالته إلى اختصاصي.

5- استبعاد وجود أسباب ثانوية، وذلك بالاستعلام عن السوابق أو التاريخ المرضي والفحص السريري (الإكلينيكي) ومراجعة الأدوية التي يستخدمها وطلب بعض الفحوصات عند الاشتباه بها.

6- إجراء الفحوصات التالية: تخطيط (رسم) القلب، وظائف الكلية، وشوارد الدم، وتحليل بول.

7- تقييم العادات الغذائية والاجتماعية وممارسة الرياضة.

العلاج والمتابعة:

يهدف علاج ارتفاع ضغط الدم إلى تفادي المضاعفات الحادة مثل السكتة الدماغية ونزيف المخ والارتشاح الرئوي الحاد أو المضاعفات المزمنة مثل فشل (هبوط) عضلة القلب والفشل الكلوي والتأثير على شبكية العين وقصور الشرايين التاجية، ويؤدي مقدم الرعاية الأولية وفريق العمل دوراً أساسياً في:

1- اختيار الأسلوب الأمثل لعلاج ارتفاع ضغط الدم سواء بالأدوية أو بغيرها وفقاً لحالة المريض.

2- مراجعة تأثير الخطة العلاجية على كفاءة المريض الوظيفية وجودة حياته، وإعادة تقييمها بما يتناسب مع المريض طبياً واجتماعياً ومادياً.

3- متابعة انتظام المريض على الخطة العلاجية، وترصد الأعراض الجانبية للأدوية المستخدمة سواءً سريرياً (اكلينيكياً) او معملياً.

4- التثقيف الصحي للمريض وعائلته حول المرض ومضاعفاته وأهمية اتباع العلاج غير الدوائي للسيطرة على ارتفاع ضغط الدم، وتغيير النمط الغذائي، وممارسة الرياضة، وإنقاص الوزن بالإضافة إلى العلاج الدوائي.

5- متابعة تنفيذ الخطة العلاجية والعمل على إزالة المعوقات بالتواصل المستمر مع المريض وعائلته.

6- ينبغي الاهتمام بانخفاض الضغط عند الوقوف، فهو أحد التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث مع تقدم العمر، وتتفاقم مع علاج ارتفاع ضغط الدم، مما يؤدي إلى فشل الخطة العلاجية، وإلى تعرض المُسِنّ للحوادث، وانخفاض جودة الحياة، والقدرة الوظيفية.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

1- صعوبة السيطرة على ارتفاع ضغط الدم.

2- حدوث مضاعفات مثل قصور وظائف الكلية والسكتة الدماغية وقصور الشريان التاجي وفشل (هبوط) عضلة القلب.

3- ارتفاع ضغط الدم الحاد الذي يستدعي الدخول إلى الطوارئ.

قصور الشرايين التاجية Ischemic Heart Disease:

يعتبر قصر الشرايين التاجية من أكثر الأمراض شيوعاً بين المُسِنّين، وعادة ما يحدث إفراط في التشخيص، فيتعرض المريض لفحوصات ويتناول أدوية بدون سبب واضح أو تفريط في التشخيص مما يؤدي إلى مضاعفات مثل احتشاء العضلة القلبية وفشل (هبوط) عضلة القلب.

أهم ما يميز قصور الشريان التاجي في المُسِنّين:

1- غياب الأعراض واكتشاف المرض لأول مرة عند حدوث مضاعفات.

2- أعراضه غير نمطية مثل الإرهاق المزمن وضيق التنفس والألم الصدري غير النمطي، مما يؤخر التشخيص.

3- عدم وجود أسلوب قياسي للكشف المبكر عن قصور الشريان التاجي حتى الان.

دور مقدم الرعاية الأولية وفريق العمل في قصور الشريان التاجي في المُسِنّين:

الوقاية من قصور الشريان التاجي في المُسِنّين:

1- التعرف على المريض الذي لديه عوامل خطر الإصابة بقصور الشرايين التاجية، وذلك من خلال السوابق أو التاريخ المرضي، والفحص السريري (الإكلينيكي) والفحوصات المعملية.

عوامل خطر الإصابة بقصور الشرايين التاجية	
عوامل الخطر القابلة للتعديل	عوامل الخطر غير القابلة للتعديل
1. ارتفاع ضغط الدم 2. السكري 3. ارتفاع دهون الدم 4. التدخين 5. زيادة الوزن 6. قلة النشاط البدني 7. العادات الغذائية السيئة بالإكثار من الدهون المشبعة والملح	1. تقدم العمر 2. السوابق (التاريخ) في العائلة

2- تطبيق الإجراءات الوقائية لدى المرضى المعرَّضين لعوامل خطر.

3- تحديد المُسِنّين الذين يحتاجون إلى التدخل المبكر واختصاصي في القلب وقبل حدوث المضاعفات.

التشخيص والمتابعة لقصور الشريان التاجي في المُسِنّين:

1. ترصد الأعراض الغير نمطية لقصور الشريان التاجي في المُسِنّين، خاصة في المرضى الذين لديهم عوامل خطر، ومن تلك الأعراض غير النمطية ضيق النفس والإرهاق وألم الصدر غير النمطي، وخاصة عند بذل المجهود.

2. طلب الفحوصات الأولية لتشخيص قصور الشريان التاجي في المُسِنّين، وهي تخطيط (رسم) القلب والفحص بالموجات فوق الصوتية للقلب وللأوعية.

3. تثقيف المريض والقائمين على تقديم الرعاية له حول قصور الشريان التاجي في المُسِنّين وعن علاجه وأعراضه المنذرة بحدوث احتشاء عضلة القلب وكيفية التعامل معها.

4. متابعة قصور الشريان التاجي في جميع مراحله مع ضمان جودة حياة المُسِنّ واستقلاليته بالتعاون مع أفراد فريق تقديم الرعاية، وهم الاختصاصي بالتغذية، والاختصاصي بالتأهيل، والاختصاصي بالعلاج الوظيفي، والاختصاصي بأمراض القلب.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

1- بمجرد معرفة التشخيص المبدئي أو الاشتباه به، يصبح من الضروري الاستعانة باختصاصي أمراض القلب لتأكيد التشخيص ووضع خطة العلاج.

2- وجود أعراض اشتباه باحتشاء عضلة القلب يوجب الإحالة إلى الطوارئ.

فشل (هبوط عضلة) القلب Heart Failure:

وهو من أهم أسباب الدخول المتكرر للمستشفيات في المُسِنّين، ويمكن اعتباره أحد المضاعفات لكثير من الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم وقصور الشريان التاجي.

أهم ما يميز فشل (هبوط عضلة) القلب في المُسِنّين:

1- تأخر التشخيص بسبب شيوع الأعراض غير النمطية، وأهمها الشعور بالإجهاد، مما يدفع المُسِنّ إلى الإقلال من نشاطه لتجنب هذا الشعور.

2- شيوع فشل (هبوط) عضلة القلب الانبساطي بأعراضه غير المحددة مثل ضيق التنفس والسعال المزمن.

دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية وفريق العمل في خدمة المُسِنّين المصابين بفشل (هبوط عضلة) القلب:

الوقاية:

1- تحديد المرضى الذين لديهم عوامل خطر، مثل السوابق (التاريخ) في العائلة، وارتفاع ضغط الدم، وقصور الشريان التاجي، والسيطرة على هذه العوامل.

2- التثقيف الصحي للمريض وللقائمين على تقديم الرعاية له حول أعراض المرض وأهميته وكيفية السيطرة على عوامل الخطر.

التشخيص:

1. التشخيص المبدئي لفشل (هبوط عضلة) القلب من خلال تقييم عوامل الخطر والانتباه إلى الأعراض غير النمطية، مثل القصور في أداء الوظائف، والإرهاق المزمن، وزيادة الوزن، وتعدد مرات التبول، والإغماء، والسقوط المتكرر، وصعوبة النوم، وتغيرات سلوكية، وفقدان الشهية، والسعال المزمن، وضيق التنفس.

2. طلب الفحوصات الأولية لتأكيد التشخيص مثل تخطيط (رسم) القلب والتصوير بالموجات فوق الصوتية للقلب.

3. تقييم متلازمات الشيخوخة والأمراض المصاحبة لفشل (هبوط عضلة) القلب والتي تؤثر وتتأثر بالخطة العلاجية .

العلاج والمتابعة لفشل (هبوط عضلة) القلب:

1. تنسيق الخطة العلاجية وتحديد أهدافها تبعاً لشدة المرض ومأمول حياة المريض، سواء كان العلاج يهدف إلى الشفاء أم إلى تلطيف الأعراض.
2. متابعة المرض في جميع مراحله مع ضمان جودة حياة المُسِنّ واستقلاليته بالتعاون مع أفراد الفريق مثل اختصاصي التغذية، واختصاصي التأهيل، واختصاصي العلاج الوظيفي، واختصاصي أمراض القلب.
3. تثقيف المريض والقائمين على رعايته حول المرض وعلاجه وإزالة المعوقات التي تحول دون انتظام المريض على الخطة العلاجية.

يضع الطبيب تشخيص فشل (هبوط عضلة) القلب ويتابعه سريرياً (إكلينيكياً) من أعراضه ومن فحص المريض.

مؤشرات إحالة مريض فشل (هبوط عضلة) القلب إلى مستوى أعلى من الرعاية:

1. بمجرد التشخيص المبدئي أو الاشتباه بفشل (هبوط) القلب ينبغي الاستعانة باختصاصي بأمراض القلب لتأكيد التشخيص ووضع خطة العلاج.
2. قد تتطلب صعوبة السيطرة على الأعراض وتكرار دخول المريض إلى المستشفيات والمراحل الأخيرة للمرض إدخال المريض في إحدى مؤسسات الرعاية الممتدة.

حالة للمناقشة الحالة 2-1

مراجع استرشادية:

- Ham RJ، Sloane PD، Warshaw GA، Bernard MA، Flaherty E، eds. Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 5th ed. Mosby; 2006.
- Fernandez H، Cassel CK، Leipzig R، Soriano RP ، eds. Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach;2007
- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010

الفصل (2-2) أمراض الجهاز التنفسي في المُسِنّين

الالتهابات الحادة والمزمنة

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يعرف التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لتقدم العمر في الجهاز التنفسي.
- يدرك المفاهيم الخاطئة المرتبطة بأمراض الجهاز التنفسي.
- يعدّد أهم مشكلات أمراض الجهاز التنفسي، مثل الالتهاب الرئوي والصمّات الرئوية المزمنة.
- يفهم تعريف وحجم مشكلة الالتهاب الرئوي لدى المُسِنّين.
- يعدد عوامل الخطر في مرض الالتهاب الرئوي.
- يتعرف على القائمين على تقديم الرعاية وأفراد الفريق في تشخيص وعلاج الالتهاب الرئوي.
- يدرك مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.
- يتعلم تعريف وحجم مشكلة المرض الرئوي السادّ المزمن لدى المُسِنّين.
- يتعرف على التعامل مع المفاهيم الخاطئة بالمرض الرئوي السادّ المزمن.
- يعدد عوامل الخطر في المرض الرئوي السادّ المزمن.
- يتعرف على دور أفراد فريق رعاية المُسِنّ في علاج المرض الرئوي السادّ المزمن.

إن الجهاز التنفسي من أجهزة الجسم الحيوية التي يتأثر بمرضها أعضاء كثيرة بالجسم. وأحد أهم الأمراض الحادة التي تصيبه هو الالتهاب الرئوي، وأهم الأمراض المزمنة هو المرض الرئوي السادّ المزمن.

التغييرات الفيزيولوجية المصاحبة للسن في الجهاز التنفسي:

- تقلص في الحجوم الهوائية وسطح التبادل الغازي.
- فقدان مرونة القفص الصدري.
- ضمور عضلات التنفس وانخفاض قوة عضلة الحجاب الحاجز.

المفاهيم الخاطئة المرتبطة بأمراض الجهاز التنفسي:

- **يبالغ العديد من المُسِنّين بتضخيم أعراض الجهاز التنفسي لأسباب متعددة مثل القلق**. والصحيح عكس ذلك، فقد لا يولي المُسِنّون تلك الأعراض ما تستحقه من اهتمام.
- **مشاكل الجهاز التنفسي سهلة التشخيص والعلاج في المُسِنّين**. وهذا غير صحيح، لأن تلك المشاكل تأتي غالباً على شكل أعراض غير نمطية مثل السقوط المتكرر أو الهذيان. كما أن أعراضها النمطية تتداخل مع الكثير من الأمراض مثل ضعف التنفس أثناء النوم وضعف عضلة القلب ومرض ارتجاع مفرزات المعدة الحامضة إلى المري.
- **وجود ضيق النفس أو السعال البسيط يعني أن المرض بسيط**، وهذا غير صحيح لأن شدة الأعراض في المُسِنّين كثيراً ما تكون غير مرتبطة بشدة المرض، فقد يكون هناك فشل في وظائف التنفس والأعراض بسيطة.
- **السعال عرض مزمن عند كل المُسِنّين، لهذا لا يجب الاهتمام به**. وهذا غير صحيح، فينبغي السؤال عن السعال، والأهم هو السؤال عن تغير في نمط السعال.

الالتهاب الرئوي Pneumonia

حجم المشكلة: الالتهاب الرئوي من أهم الأمراض المعدية التي تؤدي إلى حدوث الوفاة في المُسِنّين.

عوامل الخطر في مرض الالتهاب الرئوي:

- تقدم العمر.
- وجود ارتجاع مفرزات المعدة الحامضية إلى المريء.
- وجود قصور في الوظائف المعرفية.
- التدخين.
- تعاطي المشروبات الكحوليات.
- أمراض القلب.
- أمراض الجهاز التنفسي.
- السكري.
- سوء التغذية.
- استعمال أنبوب التغذية عبر الأنف إلى المعدة.
- استعمال أجهزة التنفس الصناعي.
- المعالجة بالأدوية المثبطة للمناعة أو المحاكية للأتروبين.
- وجود صعوبة في البلع.
- انعدام مكافحة العدوى.

دور القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين في التعامل مع الالتهاب الرئوي:

- التأكد من التطعيم الدوري للمُسِنّين باللقاحات.
- الوعي بعوامل الخطورة وتفاديها.
- الوعي بالأعراض والعلامات النمطية والغير نمطية للالتهاب الرئوي.
- الوعي بإجراءات مكافحة العدوى الأساسية.

دور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في تشخيص وعلاج الالتهاب الرئوي:

الوقاية:

- التأكيد على ضرورة التطعيم باللقاحات المضادة للالتهاب الرئوي.
- التثقيف الصحي بعوامل الخطورة والتعامل معها.

التشخيص:

- الوعي والترصد للأعراض والعلامات النمطية وغير النمطية لمرض الالتهاب الرئوي في المُسِنّين:
  - الأعراض النمطية: ضيق النفس والسعال والحُمّى وألم الصدر والرعشة.
  - الأعراض غير النمطية: هي الأعراض الأساسية في المُسِنّين، مثل الخمول والسقوط المتكرر والهَذَيان والدُّوار والقصور الوظيفي وفقدان الشهية، ومن الممكن الوصول بسرعة إلى الصدمة بتسمم الدم أو فشل وظائف التنفس.

- تأكيد التشخيص وتحديد شدة المرض:
  - الفحص السريري (الإكلينيكي) الشامل.
- طلب الفحوصات مثل:
  - أشعة الصدر
  - صورة الدم الكاملة
  - فحص البلغم بتلوينه بصبغة غرام.
  - زرع البلغم.
  - تحليل سكر الدم.
  - وظائف الكلية.
  - شوارد الدم.
  - زرع الدم.
  - تحليل غازات الدم.

علاج الالتهاب الرئوي:

يتم تصميم العلاج حسب شدة المرض ونوع الميكروب ونتيجة الفحوصات، واتخاذ القرار إما بإدخال المريض المُسِنّ إلى المستشفى أو بعلاجه في المنزل.

العلاج بالمنزل:

- يتم إعطاء المضاد الحيوي المناسب لمدة كافية والأكسجين إذا تطلب الأمر.
- التأكد من تناول سوائل بكمية كافية يومياً.
- تدريبات العلاج الطبيعي على الصدر.
- تدريبات العلاج الطبيعي للجسم للوقاية من مشاكل ملازمة الفراش.
- التغذية الكاملة مع مضاعفة البروتينات وزيادة الأغذية المحتوية على الفيتامينات.

مؤشرات إحالة المريض المُسِنّ إلى مستوى أعلى من الرعاية هي الرعاية الحادة بالمستشفى:

- الزرقة أو فشل وظائف التنفس.
- تسرع القلب أو التنفس.
- تدهور درجة الوعي.
- تدهور وظائف الكلية.
- انخفاض ضغط الدم.
- انخفاض احتياطي أعضاء الجسم مثل قصور عضلة القلب والصمّات الرئوية المزمنة.
- وجود صعوبة في استمرارية الكلام أو تناول الطعام والشراب بسبب ضيق النفس أو السعال.

المرض الرئوي السادّ المزمن Chronic obstructive airway disease

تعريف المرض الرئوي السادّ المزمن:

مجموعة من أمراض الصدر تتميز بالسعال، وضيق النفس، ونقص تبادل الهواء، والالتهابات التنفسية المتكررة، وكثرة البلغم.

المفاهيم الخاطئة للمرض الرئوي السادّ المزمن:

- **السعال المزمن وضيق النفس جزء من الشيخوخة الطبيعية**، وهذا خطأ، لأن السعال المزمن وضيق النفس يخفيان وراءهم مرضاً ينبغي علاجه أو تقليل مضاعفاته.
- **لا توجد فائدة من الإقلاع عن التدخين بعد التقدم في السن**، وهذا غير صحيح، بل توجد العديد من الفوائد في أي عمر، لهذا يجب على مقدم الرعاية الصحية تقديم النصح الطبي لكل مُسِنّ مُدَخِّن للإقلاع عن التدخين في كل لقاء معه، ويكون ذلك جزءاً أساسياً من مقابلة التقييم الشامل للمُسِنّين. والتدخين هو أهم عامل يسبب الأمراض بالإضافة للاستعداد الوراثي.

دور فريق رعاية المُسِنّين في علاج المرض الرئوي السادّ المزمن:

- التوعية بالمرض وبالمفاهيم الخاطئة عنه.
- التأكيد على الإقلاع عن التدخين.
- الرصد المبكر لأي زيادة في حدة المرض وعلاجها المبكر.
- التأكيد على حصول المُسِنّين وذويهم ومن يقدِّم الرعاية الصحية لهم على التطعيم بلقاح الإنفلونزا وميكروب الالتهاب الرئوي بالمكورات العقدية.

التفريق التشخيصي بين مرض المرض الرئوي السادّ المزمن والربو:

- التاريخ المرضي.
- الفحص السريري.
- وظائف التنفس.
- الاستجابة للعلاج.

علاج المرض الرئوي السادّ المزمن:

- التأكيد على أهمية الوقاية بالتطعيم باللقاحات والإقلاع عن التدخين.
- التوعية بفائدة فقدان الوزن الزائد ومعالجة السمنة المفرطة.
- تناول الأدوية مثل موسعات القصبات (الشعب الهوائية) مثل ثيوفيللين، ومضادات الالتهاب مثل كورتيزون.
- الأكسجين بكمية ملائمة، لأن زيادته عن المطلوب قد تسبب آثاراً مميتة.
- تدريبات العلاج الطبيعي للجهاز التنفسي وللجسم.
- أجهزة التنفس الصناعي المتعددة الأنواع، ولا تستخدم إلا بإشراف طبي.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

- فشل حاد أو غير مستقر في وظائف التنفس.
- تدهور غير مبرر في الأداء الوظيفي.
- تأثر درجة الوعي بسبب فشل وظائف التنفس.
- حدوث مضاعفات في القلب بسبب مرض الرئة.
- الإحالة لعيادة الإقلاع عن التدخين.
- التدريب على استخدام الأكسجين بالمنزل.
- نفث الدم.

حالة للمناقشة الحالة 2-2

مراجع استرشادية:

- Reuben DB، Herr KA، Pacala JT، et al. Geriatrics At Your Fingertips، 14th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- Fernandez H، Cassel CK، Leipzig R، Soriano RP ، eds. Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach;2007

الفصل (2-3) **أمراض الجهاز الهضمي في المُسِنّين**

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يُعَدِّد أهم مشكلات الجهاز الهضمي.
- يفهم حجم مشكلة الإمساك لدى المُسِنّين.
- يتعرّف على التغيرات الفيزيولوجية التي تزيد من الإمساك.
- يفسّر بعض المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالإمساك.
- يُعَدِّد أهم مسببات الإمساك وعوامل الخطر.
- يفهم متى يكون الإمساك مشكلة خطيرة.
- يتعرَّف على أهم مضاعفات الإمساك.
- يفسِّر علاقة الإمساك بمشكلات عضوية أخرى.
- يدرك دور مقدم الرعاية في التعامل مع الإمساك.
- يتعرّف على دور كل فرد من أفراد الفريق في التعامل مع الإمساك.
- يميّز متى يحتاج المُسِنّ إلى مستوى أعلى من الرعاية.

تغيرات الجهاز الهضمي المصاحبة لتقدم السن:

1- نقص الإحساس بالعطش وتأثر حاسة التذوق.
2- بطء نقل الطعام من المعدة إلى الأمعاء.
3- ضعف حركة الأمعاء.
4- نقص قدرة الأمعاء على امتصاص الطعام.
5- ضعف الإحساس واستجابة المستقيم للبراز المتخزّن فيه.

وجميع هذه التغيرات يمكن ان تؤثر على شهية المُسِنّ وعلى قدرته على تناول كميات مناسبة ومتنوعة من الطعام. وكل هذ التغيرات لا تسبب أي أعراض للمرض لدى المُسِنّ في الظروف العادية عند عدم وجود أمراض مصاحبة

ما هي أكثر أمراض الجهاز الهضمي شيوعاً في المُسِنّين؟

- تَسَوُّس الأسنان ووقوعها.
- ارتجاع عصارة المعدة إلى المريء.
- التهاب جدار المعدة.
- دار الرتوج القولونية.
- الإمساك

الإمساك Constipation

والإمساك من أهم المشكلات الصحية التي تؤثر على جودة الحياة لدى المُسِنّين، وأكثرها شيوعاً. ومن الأخطاء الشائعة اعتبار الإمساك مشكلة حتمية لدى المُسِنّين.

عوامل الخطر في الإمساك:

- نقص تناول السوائل.

- تغذية غير صحية.
- نقص الحركة.
- أمراض مصاحبة.
- تناول الأدوية.

مضاعفات الإمساك:

- ضعف الشهية.
- عدم التحكم في الإخراج.
- انحشار البراز.
- قيء.
- اضطراب التبول.
- شقوق حول الشرج.
- قلق وعزلة اجتماعية.

كيف يتعامل مقدم الرعاية الأولية مع المُسِنّ المصاب بالإمساك؟

الوقاية:

- تناول كمية كافية من السوائل.
- استمرار الحركة.
- تغذي متوازنة.
- علاج الأمراض المصاحبة.
- الانتباه لتأثيرات الأدوية.

تشخيص الإمساك لدى المُسِنّ:

التقييم الشامل للمُسِنّ:

1- تحليل الشكوى التي يعاني منها المريض للتأكد من عادة التبرز الطبيعية للمُسِنّ والتأكد من أنها تغيرت وهي سبب الشكوى.

2- مراجعة عوامل الخطر.

3- معرفة الأمراض المزمنة التي يعاني منها المُسِنّ والأدوية التي يتناولها.

4- إجراء فحص إكلينيكي شامل للتأكد من عدم وجود مشكلات لم يذكرها المريض المُسِنّ، مثل مشكلات الأسنان أو وجود فتق.

5- يعتبر فحص الحالة العقلية وقياس الاكتئاب المختصر، وكذلك القياس الوظيفي بالغ الأهمية في التعامل مع هذه الحالات.

6- تقييم الحالة الغذائية للمُسِنّ.

7- يُحدِّد مقدِّم الرعاية العوامل المساعدة لحدوث الإمساك ويتعامل مع كل منها.

8- التثقيف الصحي الخاص بالتغذية السليمة والرياضة، وكذلك اتباع برامج التشخيص المبكر للأورام، وخاصة أورام القولون.

9- لا مانع من استخدام الملينات ولكن ليس بصورة مستديمة.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أكثر تخصصاً من الرعاية:

- حدوث مضاعفات مثل الانسداد المعوي.
- عدم الاستجابة بعد تحسين الحالة الغذائية وممارسة الرياضة واستخدام الملينات.
- وجود أعراض منذرة بوجود أورام في القولون:
- تبادل حدوث إمساك وإسهال.
- تغيُّر مفاجىء في صفات الإمساك ليس له تفسير.
- ظهور الدم في البراز أو حدوث فقر دم.
- حدوث نقصان في الوزن والشهية.
- عدم الاستجابة للعلاج.

دور أفراد فريق الرعاية في الإمساك عند المُسِنّين

اختصاصي التغذية: لاختصاصي التغذية دور هام في التثقيف الصحي ونصح المريض المُسِنّ بشرب كميات سوائل كافية، وتناول وجبات متوازنة تحتوى على ألياف، ومخبوزات غنية بالنخالة.

الاختصاصي النفسي: له دور هام وخاصة في الحالات التي يصحبها الاكتئاب أو الخَرَف.

الاختصاصي الاجتماعي: له دور هام في التثقيف الصحي الخاص بالتعامل مع المشكلة.

حالة للمناقشة الحالة 3-2

مراجع استرشادية:

- Beers، MH، Berkow R، eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station، NJ: Merck Research. Laboratories; 2000. available at http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html
- Practice guideline for the management of constipation. Rehabilitation Nursing Foundation، 2002 .
- Yoshikawa TT، Cobbs EL& Smith KB ،eds. Practical ambulatory Geriatrics، 1998.

الفصل (2-4) أمراض الجهاز العضلي الهيكلي في المُسِنّين

التهاب المفاصل والعظام
Osteoarthritis

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يُعَدِّد أمراض الجهاز العضلي الهيكلي.
- يُعَرِّف التهاب المفاصل وعوامل خطورته.
- يُقَيِّم مريض التهاب المفاصل.
- يُرْشِد المُسِنّ لطرق الوقاية والعلاج.
- يُحَدِّد أدوار باقي أفراد فريق الرعاية في مساعدة المُسِنّ المريض بالتهاب المفاصل.

أهم أمراض الجهاز العضلي الهيكلي

تعتبر أمراض الجهاز العضلي الهيكلي من أكثر الأمراض شيوعاً في الكبار، وأهمها:

1- التهاب المفاصل وهي الأكثر شيوعاً.
2- وهن العظام.
3- ألم أسفل الظهر.
4- النقرس.

التهاب المفاصل والعظام

تعريف التهاب المفاصل والعظام

التهاب المفاصل والعظام في أحد المفاصل أو أكثر نتيجة تآكل الغضاريف بالمفصل، ويعد السبب الرئيسي لالتهاب المفاصل، إلى جانب أسباب أخرى.

عوامل الخطر لحدوث التهاب المفاصل والعظام

1. التقدم في العمر.
2. السمنة.
3. إصابات المفاصل.
4. ضعف العضلات المحيطة بالمفصل.
5. تشوهات المفاصل.
6. جراحة على المفاصل.

أكثر المفاصل إصابة

- مفاصل اليد وخصوصا الإبهام، وهي الأكثر شيوعاً في التشخيص الشعاعي وليس في الأعراض.
- مفصل الركبة، وهو الأكثر شيوعاً في الأعراض.
- مفصل الحوض.
- المفاصل بين فقرات الظهر.

والتهاب المفاصل إما أن يكون أولياً، وهو الأكثر شيوعاً، وإما أن يكون ثانوياً، نتيجة أمراض عامة مثل حمى الروماتويد والنقرس وغيرها.

أعراض التهاب المفصل والعظام

1. ألم في المفصل والمنطقة المحيطة به.
2. تيبُّس المفصل، وبالأخص بعد فترات عدم الحركة، ويتحسن التيبُّس تدريجياً مع استئناف الحركة، والتيبُّس من أهم الأعراض المميزة لالتهاب المفصل.
3. تشوه شكل المفصل في المراحل المتقدمة من المرض.

مخاطر التهاب المفاصل والعظام على المُسِنّ

يؤدي الألم المزمن إلى:

- تعاطى الأدوية خصوصا المُسَكِّنات ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية والتي قد تؤدي إلى حدوث قرحة بالمعدة.
- صعوبة أداء الأنشطة الوظيفية المعتادة والاتجاه إلى الاعتماد على الآخرين.
- الاكتئاب لوجود الألم المزمن وعدم القدرة على أداء الأنشطة اليومية والقلق للانشغال الدائم بالتفكير في الألم أو السقوط أثناء الحركة.
- فقد الاستقلالية وتدنّي جودة الحياة.

دَور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في تقييم مرضى التهاب المفاصل

في التشخيص:

الفحص السريري (الإكلينيكي) الشامل مع التركيز على:

1. تقييم عوامل الخطر.
2. فحص كل مفصل على حدة، وتسجيل مدى حركته ووجود الألم أثناء الحركة.
3. إتمام الفحص العام لاستبعاد الأسباب الثانوية لالتهاب المفاصل.
4. تقييم قدرة المُسِنّ على أداء الأنشطة الوظيفية.
5. تقييم الحالة النفسية لاكتشاف الاكتئاب أو القلق.
6. طلب إجراء التحاليل المختبرية (المعملية) للكشف عن الأسباب الثانوية، مثل سرعة الترسب، البروتين سي التفاعلي، وحمض اليوريك.
7. طلب إجراء التصوير بالأشعة السينية للوقوف على حالة المفصل.

في الوقاية:

يعمل القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية ما يلي:

1. نصح وإرشاد المُسِنّ لممارسة الرياضة مع تجنب الرياضات التي تتعرض فيها المفاصل وبالأخص مفصل الركبة لإصابات متكررة، وذلك بالتعاون مع اختصاصي العلاج الطبيعي.

2. نصح وإرشاد المُسِنّ حول طرق المحافظة على الوزن المثالي.
3. إعداد برنامج غذائي يحتوي على جميع العناصر التي يحتاجها المُسِنّ بالكميات المقرَّرة بالتعاون مع اختصاصي التغذية.

في العلاج:

يحدد القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية أهداف العلاج وهي:

1. تخفيف الألم وإبطاء تفاقم المرض.
2. تحسين الحالة الوظيفية وجودة الحياة.

سبل العلاج

علاج الأعراض والمرض ويشمل:

1. علاج الألم.
2. علاج الالتهاب بمضادات الالتهاب.
3. استخدام المكملات الغذائية التي تُحَسِّن حال المفصل والغضاريف التي يحتويها.
4. استخدام الجبائر ومثبتات المفاصل الخارجية لضمان ثبات المفصل أثناء الحركة وتجنب الألم والسقوط.
5. الحقن داخل المفصل عند فشل الأدوية بالفم، لتخفيف الألم وتحسين حالة المفصل، ويتم حقن إما الكورتيزون وإما حمض الهيالويورونيك وهو المكون الرئيسي لغضاريف المفاصل.
6. التدخل الجراحي في حال فشل السبل السابقة.

التثقيف الصحي، ويشمل:

1. شرح تفاصيل حول المرض: أسبابه، وأعراضه، ومضاعفاته، وطرق علاجه.
2. التوعية بضرورة خفض الوزن.
3. ممارسة الرياضة وبالأخص تمارين المقاومة والاتزان إن أمكن.
4. التوعية بالعلامات التي تستدعي الاهتمام، مثل الألم الشديد أو المفاجئ أو الذي يدوم لأكثر من ساعة بعد الانتهاء من ممارسة الرياضة، والتورم الشديد، وعدم القدرة على الحركة، وهذه العلامات جميعها تستدعي استشارة طبية عاجلة.

أدوار بقية أفراد الفريق الطبي المساعد

1- **اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل:** يساعد اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل المريض المُسِنّ بإجراء العلاج الطبيعي وممارسة الرياضة ورسم الخطة المناسبة لذلك، كما يساعده في التخطيط لخفض الوزن.

2- **اختصاصي التغذية:** يساعد اختصاصي التغذية المريض المُسِنّ بتقرير البرنامج الغذائي اللازم لخفض الوزن، وتحديد الأغذية التي يجب على بعض المرضى مثل مرضى النقرس تجنبها.

3- **اختصاصي العلاج الوظيفي:** يساعد المُسِنّ في ممارسة أنشطته بأقل قدر من المعاناة ومخاطر السقوط وذلك بتهيئة البيئة المحيطة.

4- **الصيدلي:** يساعد في تقرير ملاءمة الأدوية الموصوفة للمريض لحالته الصحية، والمضاعفات إن طرأت عليه، حيث أن العلاج يستمر لفترات طويلة قد يتولد معها مضاعفات، مثل التهاب المعدة أو القرحة الهضمية، وحينها تستبدل مضادات الالتهاب غير الستيرودية ويضاف علاج لقرحة المعدة.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية

- عدم الاستجابة لمسكنات الألم
- عدم الاستجابة للعلاج
- قصور الحالة الوظيفية الشديد والذي يستدعي حقن المفصل أو التدخل الجراحي

حالة للمناقشة الحالة 2-4

مراجع استرشادية:

- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies، Inc. 2009.
- Pompei P، Murphy JB، eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB، Herr KA، Pacala JT، et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2010، 12th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2010.

الفصل (2-5) أمراض الجهاز العصبي في المُسِنّين

السكتة الدماغية الوعائية cerebrovascular stroke ومبادئ التأهيل

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة – الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على التغيرات الطبيعية في الوظائف المعرفية للمخ مع تقدم العمر.
- يصحّح بعض المفاهيم الخاطئة.
- يفهم تأثير التغيرات الطبيعية في الوظائف المعرفية على وظائف الحياة اليومية.
- يعرف كيف يتعامل مع التغيرات الطبيعية في الوظائف المعرفية ويقدم النصيحة للقائمين على تقديم الرعاية.
- يعرف دور أفراد الفريق.
- يفرِّق بين التغيرات الطبيعية في الوظائف المعرفية وبين الخَرَف المرضي.
- يفسّر ارتباط التغيرات الطبيعية في الوظائف المعرفية ببعض الأمراض.
- يعرف أسباب الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.
- يتعرّف على التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للسن في الجهاز العصبي.
- يتعرّف على المفاهيم الخاطئة حول السكتة الدماغية والتعامل معها.
- يفهم تعريف وحجم مشكلة السكتة الدماغية.
- يعدِّد عوامل الخطر في أمراض الجهاز العصبي.
- يدرك دور القائمين على تقديم الرعاية وأفراد الفريق في التشخيص والعلاج.
- يتعلم مبادئ التأهيل ومؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.

كيف يؤثر تقدم العمر على الوظائف المعرفية للمخ

- عادة لا يتأثر الذكاء ولكن تقل القدرات الإبداعية.
- يتأثر الانتباه وخاصة حين يكون الانتباه موجَّه إلى عدد من الأهداف.
- تقل القدرة على استيعاب المعلومات الجديدة والقدرة على التعلم.
- تقل القدرة على استرجاع المعلومات الجديدة مما هي عليه لدى من هم أصغر سناً.
- من المعتاد حدوث قصور تدريجي في الذاكرة القصيرة المدى.
- ومن الناحية التشريحية يقل حجم المخ ويقل حجم الخلايا العصبية.

ولكن هذه التغيرات لا تؤثر على الأداء الوظيفي للمُسِنّ، ويظل المُسِنّ قادراً على تأدية حياته اليومية بصورة مستقلة.

المفاهيم الخاطئة:

هناك مفاهيم خاطئة يمكن أن تؤثر في التعامل مع المُسِنّين في هذه المرحلة :

- **يعتبر أي قصور في الوظائف المعرفية بجميع درجاته مرتبطاً بتقدم السِّنّ.** وهذا خطأ، فهناك فروق جوهرية بين قصور الوظائف المعرفية مع تقدم العمر والقصور المرضي في الوظائف المعرفية أو الخَرَف.
- **يصعب التفريق بين الحالات المرضية للقصور في الوظائف المعرفية والحالات المرتبطة بتقدم السن.** وهذا خطأ، إذ يصعب ذلك في بعض الحالات المبكرة، ولكنه ممكن خلال التقييم الشامل للمُسِنّ، وتطبيق بعض الاختبارات المعرفية.

- **يتم التعامل مع هذه التغيرات على أنها حتمية وغير قابلة للتحسن.** وهذا خطأ، إذ يحدث التحسن بواسطة تدريب المريض والقائمين على رعايته على كيفية التغلب على هذا القصور بوسائل مساعدة.

بعض الأمراض المزمنة تزيد من حدوث التغيرات المرضية في الوظائف المعرفية المرتبطة بتقدم السن:

- ارتفاع ضغط الدم
- السكري
- تصلب الشرايين
- سوء التغذية

إذ تساعد هذه الأمراض على ظهور التغيرات المرضية المرتبطة بتقدم السن بصورة أكثر وضوحاً، لكن العلاج المنتظم والسيطرة على هذه الأمراض يقلل من تأثيرها السلبي على الوظائف المعرفية.

التفريق بين التغيرات المرضية في الوظائف المعرفية المرتبطة بتقدم السن وبين الخَرَف

يتميز الخَرَف عادة بما يلي:

- أكثر حدة وتزيد حدته مع الوقت، ولكن التفريق أحياناً صعب في الحالات المبكرة.
- تؤثر هذه التغيرات المرضية في الوظائف المعرفية المرتبطة بتقدم السن على استقلالية المُسِنّ وعلى قدرته على تأدية أنشطة حياته اليومية.
- إن حدوث بعض المشكلات الاجتماعية نتيجة لهذه الأعراض يعضد أن سببها حالة مرضية.
- إن وجود أعراض أخرى مثل التغيرات السلوكية العدوانية أو التغيرات المزاجية الاكتئابية أو التغيرات النفاسية بالهذيان يزيد من احتمال أن السبب هو الخرف المرضي.

القصور المعرفي البسيط Mild Cognitive impairment (MCI)

وهو مرحلة متوسطة بين التغيرات الفيزيولوجية والخَرَف، يكون فيه قصور واضح في بعض الوظائف المعرفية والتنفيذية، ولكنه لا يتعارض مع قدرة المُسِنّ على أداء أنشطة حياته اليومية بصورة مستقلة، وهذه الحالة قد تظل ثابتة، وقد تطور إلى خَرَف، وهي حالة تحتاج إلى متابعة مستمرة وعلاج دوائي وتدريبات معرفية .

دَور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في التغيرات المرضية في الوظائف المعرفية المرتبطة بتقدم السن

وتتلخص الأدوار بما يلي:

- التقييم الشامل للمُسِنّ
- مراجعة القائمين على رعاية المُسِنّ
- اختبارات القياس النفسي والوظيفي
- المتابعة

التشخيص:

ويهدف إلى التفريق بين التغيرات الطبيعية والخرف المرضي، وتحديد مدى حاجة المريض للإحالة إلى اختصاصي، وذلك بواسطة:

1- التقييم الشامل للمُسِنّ مع التركيز على:

- تحليل للشكوى من خلل الذاكرة، ودراسة بعض المواقف وتأثيرها على قدرة المُسِنّ على ممارسة أنشطة حياته بصورة منتظمة.
- دراسة إصابة المُسِنّ بأمراض تساعد على وجود هذه الأعراض، ومدى السيطرة على تلك الأمراض، إن وُجِدَت.
- مراجعة عوامل الخطر المؤهلة لحدوث الخَرَف.
- مراجعة الأدوية التي يمكن ان تؤثر على وظائف المخ .

2- التواصل مع القائمين على رعاية المُسِنّ والتأكد من دقة شكواه، ومدى تأثيرها على حياته اليومية، ووجود تغيرات أخرى مصاحبة، سواءً كانت تغيرات سلوكية أم مزاجية أم نفسية.

3- الفحص الشامل للمريض، يليه قياس قدراته المعرفية عن طريق فحص الحالة العقلية المختصر وقياس أنشطة الحياة اليومية وخاصة التي تحتاج إلى مهارات ويجب ايضا استبعاد الإصابة بأعراض الاكتئاب.

المتابعة:

بعد استبعاد إصابة المُسِنّ بالخرف، والتأكد من ارتباط التغيرات المرضية والقصور المعرفي بتقدم السن، وانتظام الخطط العلاجية لجميع الحالات المزمنة المصاحبة، فإنه يكفي متابعة المريض بفترات أكثر تقارباً، كل ثلاثة أو أربعة أشهر، للتأكد من عدم حدوث تدهور، ولمتابعة الأمراض المصاحبة، إن وجدت. وتقتضي المتابعة الدقيقة تسجيل نتائج الاختبارات المعرفية والنفسية والوظيفية.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أكثر تخصصاً من الرعاية:

- قصور واضح متعارض مع استقلالية المريض.
- أعراض أخرى نفسية أو مزاجية أو سلوكية مصاحبة لقصور الوظائف المعرفية، مثل الهلاوس والهذيان والعدوانية والاكتئاب.
- تدهور في القياسات المعرفية عند المتابعة.

العلاج:

1- تدريب الذاكرة والوسائل المساعدة:

بعد التأكد من أن المُسِنّ غير مصاب بخَرَف مرضي، وأن الأعراض التي يعانى منها نتيجة التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ بتقدم العمر، يمكن تقديم نصائح بسيطة تساعد المُسِنّ على مواجهة الأعراض مثل:

- تدوين المعلومات الجديدة الهامة.
- عدم التركيز على هدفين اثنين في وقت واحد.
- محاولة تنشيط الذاكرة بطرق بسيطة مثل إعادة قراءة الموضوع أكثر من مرة.
- تشجيع القائمين على رعاية المُسِنّ على تدريب الذاكرة عن طريق التذكير بطرق غير مباشرة.

2- التعامل مع المشكلات الصحية التي تزيد من حدة الأعراض.

3- التأكد من أن المُسِنّ في حالة صحية مستقرة وينفذ خطط المتابعة بانتظام.

أدوار أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية للمُسِنّ:

يمكن أن يقوم أفراد الفريق بدور هام في مواجهة التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ بتقدم العمر:

الاختصاصي النفسي: يتولى تطبيق الاختبارات النفسية وتدوين نتائجها ومتابعتها والتثقيف الصحي وبرامج تدريب الذاكرة.

الاختصاصي الاجتماعي: يتولى التثقيف الصحي للمُسِنّ بضرورة تدريبات الذاكرة وتوفير الوسائل المساعدة، ومتابعة الأمراض المصاحبة، والتأكيد على ضرورة تناول الأدوية في مواعيدها.

اختصاصي التغذية: مراجعة العادات الغذائية للمُسِنّ، وإعطاء النصائح الغذائية المناسبة له.

إن ضعف الذاكرة أو قلة التركيز قد يكون مرتبطاً بتقدم العمر، ينبغي إجراء تقييم شامل للمُسِنّ عندما يتعارض ذلك مع أنشطة الحياة اليومية.

السكتة الدماغية الوعائية

تعتبر السكتة الدماغية الوعائية أكثر أمراض الجهاز العصبي شيوعاً في المُسِنّين. كما تعتبر ثاني أهم أسباب الوفيات في الدول المتقدمة، وثالث الأسباب في الدول النامية.

تعريف السكتة الدماغية الوعائية

هي مجموعة متلازمة من الأعراض تحدث بسرعة سببها عجز بؤري أو عام في وظائف المخ يستمر لأكثر من 24 ساعة بدون سبب واضح عدا أمراض الأوعية الدموية في المخ، مثل حدوث صمّات أو نزوف.

مفاهيم خاطئة:

- **الإعاقة أو الوفاة نهاية حتمية لكل المصابين بالسكتة الدماغية**، وهذا غير صحيح، فبعض المرضى تزول عنهم الأعراض تماماً.

- **السكتة الدماغية تسبب الوفاة دائماً**، وهذا غير صحيح، إذ لا تحدث الوفاة إلا عند تأثر المراكز الحيوية مثل مركز تنظيم التنفس في المخ أو جذع المخ، وإذا حدثت الوفاة فإنها تحدث عادة في بداية المرض، أما المرضى الذين مر عليهم ثلاثة أشهر فتكون الوفاة لأسباب أخرى يمكن تلافيها، مثل صمّات في الشريان الرئوي أو الالتهاب الرئوي، وغير ذلك من مضاعفات ملازمة الفراش، وكثيراً ما يعيش المصابون بالسكتة الدماغية فترات طويلة.

وتشير الإحصائيات إلى أنه في المتوسط، يبقى على قيد الحياة حوالي نصف المرضى بعد حدوث السكتة الدماغية بخمس سنوات، ويحتاج 20% منهم لرعاية مؤسسية، والباقي يعيشون في المجتمع، ومنهم حوالي 60% يستعيدون قدراتهم بالعلاج والتأهيل الجيد، ويصبحون معتمدين على أنفسهم، ويتبقى 20% لا يستعيدون كل قدراتهم، وبالتالي يحتاجون لدعم.

تعتبر السكتة الدماغية أكثر أمراض الجهاز العصبي شيوعاً في كبار السن. كما تعتبر السبب الثاني للوفيات في الدول المتقدمة والسبب الثالث للوفاة في الدول النامية.

- **ما فقده المريض من قدرات وظيفية في السكتة الدماغية لا يرجع**، وهذا اعتقاد خاطئ لأنه يمكن استعادتها كليا أو جزئيا حتى ستة أشهر من حدوث السكتة بالعلاج التأهيلي.

- **هدف علاج السكتة الدماغية هو منع تلف الجزء المصاب من المخ**، الهدف الأول هو منع زيادة الجزء التالف من خلايا المخ، بإذابة الجلطة إن أمكن، ومنع حدوث التلف الثانوي بخلايا المخ المجاورة بسبب الحُمّى والتشنجات، والهدف الثاني هو منع وعلاج المضاعفات مثل مضاعفات ملازمة الفراش.

- **يمكن دائماً إذابة الجلطة وبالتالي منع تلف جزء من المخ**، وهذا الاعتقاد خاطئ جزئياً، لأن الجلطات لا يمكن إذابتها كلها دائماً، وإنما في حالات معينة، مثل حالات جلطة شرايين القلب، وفي مراكز طبية معينة. وإذا ما حدث تلف لجزء من المخ فإن التأهيل وزيادة القدرات الوظيفية قد يساعدان في العودة لمستوى الحياة الطبيعي أو قريب منه.

وقد يتكرر حدوث السكتات الدماغية إذا لم تتم السيطرة على عوامل الخطورة.

عوامل الخطر في السكتة الدماغية

- تقدم العمر.
- وجود أمراض الأوعية الدموية (داخل أو خارج الجمجمة).
- وجود أمراض بالقلب (مثل الرجفان الأذيني).

- التدخين بكل أنواعه.
- السِمنة وزيادة الوزن.
- ارتفاع ضغط الدم (خصوصاً في حالات النزيف الدماغي).
- السكري.
- ارتفاع الدهون بالدم.
- زيادة تجلط الدم.
- الإصابة بسكتة دماغية قديمة.

كيف يتعامل القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية مع مُسِنّ يعاني من السكتة الدماغية

- يجب إجراء التقييم الشامل للمُسِنّ متضمنا الحالة الصحية والاجتماعية.
- استكشاف ما يتمتع به القائمون على رعايته من قدرات، وتدريبهم، وزيادة أعدادهم، وتقديم الدعم لهم، وتخفيف إنهاكهم وإجهادهم.
- فحص الحالة العقلية وقياس الاكتئاب، وقياس الوظائف، والمتابعة الدورية لزيادة فرص حدوث القصور المعرفي والخَرَف بالأسباب الوعائية، وحدوث الاكتئاب، والتعامل مع هذه الحالات.
- التثقيف الصحي حول طبيعة وتطور السكتة الدماغية، والتعامل مع المضاعفات المحتملة، مثل الالتهاب الرئوي، وملازمة الفراش، وفقدان الوظائف، وتوفير التغذية السليمة والتأهيل.
- التوعية حول اشتراك السكتة الدماغية ومرض قصور الشريان التاجي وأمراض قصور الدورة الدموية الطرفية في عوامل الخطورة، وبالتالي تفاديها، وتغيير نمط الحياة للتعامل مع عوامل الخطورة، مثل التدخين وزيادة الوزن.
- التوعية حول مشاكل الجهاز الحركي مثل تيبس المفاصل وفقدان القوة العضلية وفرص حدوث السقوط المتكرر ومشاكلها وكيفية الوقاية منها.
- التثقيف الصحي عن مشاكل ملازمة الفراش مثل قرحات الفراش وجلطات الأوردة العميقة والصمّات الرئوية.
- تقديم المعلومات عن خدمات الدعم المتوافرة، مثل مراكز التأهيل، وعن الرعاية المنزلية والإرشاد إلى أهمية الرعاية بالاستراحة وكيفية استعمالها.
- المساعدة في تأهيل البيئة الخارجية مثل المنزل والحمّام والمطبخ للحصول على أعلى عائد وظيفي وتقليل المخاطر.
- المراجعة والإشراف على الأدوية لتفادي تناول أدوية متعددة، بسبب تعدد الأمراض وتعدد مقدمي الرعاية الصحية.
- التوعية بالأساليب السليمة لاستخدام الأدوية التي تميع الدم، مثل الأسبرين والوارفارين والهيبارين، وكيفية متابعتها، ومنع مضاعفاتها الشهيرة.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أكثر تخصصاً من الرعاية:

- في الفترة الحادة من السكتة الدماغية: تصوير المخ لتشخيص نزيف المخ، ولتقييم فرص العلاج بمذيبات الجلطة.
- عند الإصابة بالمضاعفات، مثل مضاعفات ملازمة الفراش.
- عدم الاستجابة الوظيفية وزيادة عبء الرعاية التمريضية والحاجة للرعاية المؤسسية.

حالتان للمناقشة الحالة 2-5 - أ ، والحالة 2-5 - ب

مراجع استرشادية:

- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Womenshealth .gov 2010 available at http://womenshealth.gov/Ageing/mental-health/Ageing-brain.html
- Mild cognitive impairment. **alzheimers.org.uk** 2012
- Reuben DB، Herr KA، Pacala JT، et al. Geriatrics At Your Fingertips، 14th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- Neurological disorders: public health challenges.World Health Organization، Switzerland(2006)

الفصل (2-6) أمراض الغدد الصمّاء في المُسِنّين

السكري - أمراض الغدة الدرقية

Diabetes Mellitus- Thyroid disorders

الدكتور منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب ان:

- يدرك أهمية ومضاعفات السكري في المُسِنّين.
- يعدِّد التغيرات الفيزيولوجية في استقلاب الغلوكوز مع تقدم العمر.
- يشخص السكري في المُسِنّين مع التأكيد على الأعراض غير النمطية.
- يفهم دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل المرض من الوقاية إلى التأهيل.
- يدرك أهمية أمراض الغدة الدرقية في المُسِنّين.
- يشخص أمراض الغدة الدرقية.
- يميز مؤشرات الإحالة إلى مستوى آخر من الرعاية.

السكري

يعتبر السكري من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً بين المُسِنّين في جميع دول العالم، كما أنه من أكثر الأمراض التي تمثل عبئاً على الرعاية الصحية والاجتماعية، لما يسببه من مضاعفات، ويتطلبه من رعاية شاملة ومتابعة مستمرة، وخاصة في الدول النامية ذات الموارد المحدودة.

التغيرات الفيزيولوجية مع تقدم العمر:

1- ضعف تأثير الانسولين.
2- قصور في خلايا البنكرياس.
3- زيادة الجلوكوز المنتج من الكبد.

أهم ما يميز السكري في المُسِنّين:

1- قبل ظهور المرض تكون عادة هناك مرحلة ما قبل السكري، والتي تتميز بقصور في استقلاب الغلوكوز.

2- عدم وجود أعراض، أو شيوع الأعراض غير النمطية للسكري، مثل الإجهاد والالتهابات المتكررة والألم المزمن وقصور الوظائف المعرفية وسلس البول والهذيان، في حوالي 30% من المرضى المُسِنّين.

3- أولويات الخطة العلاجية:

 1- جودة حياة المُسِنّ.

 2- السيطرة على عوامل الخطورة الأخرى لأمراض الجهاز القلبي الوعائي، فلذلك أهمية قصوى بالمقارنة مع السيطرة على مستوى السكر بالدم.

 3- تجنب تناول المُسِنّ لأدوية متعددة لتقليل الأعراض الجانبية للأدوية.

 4- الوقاية من المضاعفات، مثل الهبوط الحاد أو الارتفاع الحاد لمستوى السكر بالدم، وتأثير السكري على القلب والأوعية الدموية.

دور مقدم الرعاية الصحية الأولية وفريق العمل:

إن الأساس في مكافحة الأمراض غير السارية عامة والسكري خاصة في الرعاية الصحية الأولية هو: الوقاية، والتشخيص المبكر، والمتابعة.

الوقاية:

1- تحديد الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالسكري. وذلك بواسطة التقييم الشامل للمُسِنّين:

- وجود تاريخ عائلي للمرض
- السمنة: مَنْسِب كتلة الجسم أكثر من 25، ومحيط الخصر أكثر من 102 سنتي متر للرجال، وأكثر من 88 سنتي متر للنساء.
- ارتفاع الدهون بالدم.
- الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، مثل قصور الشريان التاجي، وقصور الأوعية الدموية الطرفية، وارتفاع ضغط الدم.
- استخدام بعض الأدوية مثل الكورتيزون ومشتقاته.
- وجود بعض الأمراض مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية، وورم الغدة النخامية.

2- **التشخيص المبكر**: وهو تشخيص السكري ومرحلة ما قبل السكري بقياس السكر بعد الصيام، وبعد الإفطار:

- السكري
  - سكر الدم بعد الصيام: يساوي أو أكثر من 126 ميلي غرام/ميلي لتر سكر بعد الإفطار: يساوي أو أكثر من 200 ميلي غرام/ميلي لتر
  - سكر عشوائي: يساوي أو أكثر من 200 ميلي غرام/ميلي لتر + أعراض
- ما قبل السكري
  - سكر بعد الصيام: 100-125 ميلي غرام/ميلي لتر
  - سكر بعد الإفطار: 140 - 199 ميلي غرام/ميلي لتر

3- **المتابعة:**

1- تغيير نمط الحياة في التغذية وممارسة الرياضة وإنقاص الوزن، للوقاية من السكري، خاصة لمن لديه عوامل خطر.

2- تشخيص المضاعفات في القلب والأوعية الدموية والجهاز العصبي والكلية وشبكة العين والقدم السكرية.

3- تقييم متلازمات الشيخوخة المصاحبة للسكري:
  - قصور الوظائف المعرفية.
  - الاكتئاب.
  - السقوط المتكرر.
  - تناول أدوية متعددة.
  - سلس البول.

علاج السكري لدى المُسِنّين:

1- يتم وضع أولويات الخطة العلاجية بعد استكمال التقييم الشامل للمُسِنّ وتحديد كفاءته الوظيفية والمعرفية ومأمول الحياة، بالإضافة إلى وجود مضاعفات وأمراض مصاحبة أخرى.

2- **إن جودة حياة المُسِنّ وكفاءته الوظيفية هما الهدف الأساسي للخطة العلاجية.**

3- التثقيف الصحي للمريض وعائلته عن العادات الغذائية والأعراض المنذرة والأدوية المستخدمة وخطة العلاج والمتابعة.

4- المتابعة الدورية وتطبيق إرشادات المعالجة الملائمة للحالة العامة للمريض.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية المتخصصة:

1- التقييم المبدئي للمريض.
2- حدوث مضاعفات.
3- احتياج المريض للرعاية الممتدة في حال صعوبة السيطرة على المرض ومضاعفاته وإصابة المريض بالوهن.

أمراض الغدة الدرقية

حجم المشكلة:

يعد اختلال نشاط الغدة الدرقية من الأمراض التي تؤثر وتتأثر بالحالة الصحية للمُسِنّ ويمكن علاجها. وإحصائياً:

- يشاهد انخفاض نشاط الغدة الدرقية لدى 20% من المُسِنّين.
- يشاهد ارتفاع نشاط الغدة الدرقية لدى 3% من المُسِنّين.
- يشاهد اختلال إفراز الهرمون المُنَشِّط للغدة الدرقية لدى 40% من المُسِنّين في الحالات المرضية الحادة.

أعراض اختلال نشاط الغدة الدرقية في المُسِنّين:

1- يعتبر انخفاض نشاط الغدة الدرقية في المُسِنّين من أهم أسباب الأعراض غير النمطية والتي يمكن علاجها بسهولة، مثل قصور الوظائف المعرفية والاكتئاب وزيادة الدهون بالدم والإجهاد غير المبرر والسمنة والإمساك وفقر الدم.

2- كما يعتبر ازدياد نشاط الغدة الدرقية في المُسِنّين أيضاً من أهم أسباب الأعراض غير النمطية والتي يمكن علاجها بسهولة، مثل قصور الوظائف المعرفية وفشل أو هبوط عضلة القلب واضطراب نظم ضربات القلب.

3- وهناك حالات من اختلال نشاط الغدة الدرقية لا يترافق بأعراض سريرية (إكلينيكية).

4- وهناك حالات من اختلال نشاط الغدة الدرقية يصاحب الحالات المرضية الحادة.

دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:

يؤدي القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين دوراً أساسياً في التشخيص المبكر والعلاج والمتابعة لاختلال وظائف الغدة الدرقية، ولا سيما في الاكتشاف المبكر للمرضى الذين لديهم عوامل خطورة، وخاصة السيدات اللاتي لديهن تاريخ عائلي بتضخم الغدة الدرقية مع الاشتباه بوجود أعراض غير نمطية.

يجب إعادة تقييم نشاط الغدة الدرقية بعد أسبوعين على الأقل من التعافي من الحالة المرضية الحادة.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

- وجود ضخامة بالغدة الدرقية مع أو بدون اختلال النشاط.
- فشل الخطة العلاجية في السيطرة على نشاط الغدة الدرقية.
- اختلال نشاط الغدة الدرقية غير السريري (غير الإكلينيكي) لتحديد مدى احتياج المُسِنّ إلى العلاج الدوائي.

حالة للمناقشة الحالة 2-6

مراجع استرشادية:

- Fernandez H، Cassel CK، Leipzig R، Soriano RP ، eds. Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach;2007
- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Ham RJ، Sloane PD، Warshaw GA، Bernard MA، Flaherty E، eds. Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 5th ed. Mosby; 2006.
- Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010

الفصل (2-7) أمراض الجهاز التناسلي في المُسِنّين

المرأة المُسِنّة في مرحلة ما بعد الإخصاب

الرجل المُسِنّ

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر.
- يصحّح بعض المفاهيم الخاطئة.
- يحدِّد العوامل التي تزيد من حدة التغيرات الفيزيولوجية.
- يفهم العلاقة بين التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر وبين بعض الأمراض العضوية الأخرى.
- يعرف كيف يتعامل مع التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر ويقدم النصيحة للمُسِنّين وللمُسِنّات.
- يفرّق بين الأعراض المرضية والتغيرات الفيزيولوجية.
- يتعرف على أهم الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي.
- يعرف أسباب الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.

التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر

- بالنسبة للسيدات: معظم التغيرات الفيزيولوجية تبدأ متزامنة مع انقطاع الطمث نتيجة لانخفاض حاد في هرمون الاستروجين، ومنها جفاف المهبل وحدوث التهاب ناتج عن ضمور الغشاء المبطن له، مما يؤثر على كفاءة العملية الجنسية.
- بالنسبة للرجال: يحدث بطء في جميع مراحل العملية الجنسية، ويكون الانتصاب أضعف إلى حد ما، وعادة ما تطول الفترات بين كل ممارسة وأخرى، ولكن في الظروف العادية يظل المُسِنّ قادراً على الإنجاب.

عوامل الخطر التي تزيد من حدة التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر لدى كل من الرجل والمرأة

- الملل أو الخوف والتعب.
- الحزن والاكتئاب
- الإعاقة الجسمية

الأمراض العضوية التي تؤثر على الوظائف الجنسية للرجال المُسِنّين

- أمراض القلب، ومنها قصور الشرايين التاجية، وفشل (هبوط) عضلة القلب، واضطراب نظم ضربات القلب. ولكن هذه المشكلات الصحية لا تتعارض مع القدرة الجنسية بقدر ما تستلزم اتخاذ الاحتياطات اللازمة والعلاج المطلوب.
- السكري: اعتلال الانتصاب وهو أحد مضاعفات السكري.
- أمراض أخرى تؤثر بطرق مختلفة على الوظيفة الجنسية للمُسِنّين الذكور، مثل أمراض المفاصل وأمراض الغدة الدرقية وأمراض البروستاتا ومرض باركنسون أو لشلل الرعاش.

أدوية تؤثر على القدرة الجنسية للمُسِنّين:

معظم الأدوية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية تؤدي إلى انخفاض ملحوظ في القدرة الجنسية في الذكور والإناث. وبعض الأدوية التي تستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب يمكن أن تؤثر على القدرة الجنسية للمُسِنّين.

المفاهيم الخاطئة:

- **الحياة الجنسية غير مرغوبة لدى كل المُسِنّين**. وهذا خطأ، والصحيح أن للمُسِنّين حياة عائلية متكاملة، فقد تقل رغبتهم في ممارسة الجنس، أو يقل تواترها، ولكن لا تنعدم رغبتهم الجنسية.
- **من المعيب أن يلجأ المُسِنّون للطبيب لشكوى خاصة بالحياة الجنسية**، وهذا خطأ، والصحيح أن السؤال عن القدرة الجنسية جزء من التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين.
- **يجب أن يتحفّظ الطبيب حين يستشيره المُسِنّ في مشكلاته الجنسية**، وهذا خطأ، والصحيح أن على الطبيب أن يسأل المُسِنّ عن شكواه من مشكلاته الجنسية، لأنها قد تؤثر على جودة حياته.

أدوار أفراد فريق تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:

إن أدوار أفراد فريق تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين في التغيرات الطبيعية التي تحدث في الجهاز التناسلي مع تقدم العمر هامة جداً، خاصة المرضة والاختصاصي الاجتماعي خاصة في تحليل المشكلة وتنفيذ خطة العلاج، فالممرضة لها دور في التقييم والتثقيف الصحي والمتابعة، والاختصاصي الاجتماعي والاختصاصي النفسي لهما دور في تقديم الدعم المعنوي أثناء التقييم، والصيدلي السريري (الإكلينيكي) يراجع الأدوية التي يمكن أن تؤثر على القدرة الجنسية وعرض بدائل لها لا تؤثر على جودة حياة المُسِنّ.

أهم الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي في المرأة المُسِنّة

- اضطراب عضلات الحوض وهبوطها أو استرخاؤها.
- أورام الجهاز التناسلي في الرحم وعنق الرحم والمهبل والمبيض.

أهم الأعراض التي توجب إحالة السيدة المُسِنّة إلى مستوى أعلى من الرعاية

إن أهم الأعراض لدى السيدات المُسِنّات التي تستلزم الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية هي النزيف من المهبل، وفي هذه الأحوال يجب الرجوع إلى متخصص.

أهم الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي في الرجل المُسِنّ

- اضطراب الانتصاب في مضاعفات أمراض الجهاز العصبي أو الجهاز الوعائي أو جهاز الغدد الصماء أو بسبب أولي في القضيب.
- قصور الغدد التناسلية في الذكور.
- التضخم الحميد للبروستات.
- سرطان البروستات.

أهم الأعراض التي توجب الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية الأولية

- احتباس البول.
- ورم في الأعضاء التناسلية.

التضخم الحميد للبروستاتا

إن التضخم الحميد للبروستات من أكثر الأمراض شيوعاً في المُسِنّين، ويزيد معدل انتشاره مع تقدم العمر.

أعراض التضخم الحميد للبروستات

- صعوبة التبول.
- عدم اكتمال عملية التبول.
- حدوث تنقيط بعد التبول.
- اضطراب النوم بسبب ازدياد مرات التبول.

مضاعفات التضخم الحميد للبروستات

- زيادة معدل حدوث التهابات مجرى البول والحصوات.
- احتباس البول.
- موه الكلية والحالب.
- سلس البول الفيضي.

أدوار القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

التشخيص:

- التقييم الطبي الشامل: إن الأعراض المذكورة سابقاً ترجّح إصابة المُسِنّ بالتضخم الحميد في البروستات، ويتأكد ذلك بالفحص السريري وبالموجات فوق الصوت.
- الفحوصات اللازمة : التصوير بالموجات فوق الصوت للحوض أو للبروستات عن طريق الشرج.

العلاج:

- العلاج الدوائي: للحالات البسيطة والمتوسطة، لتقليل حجم البروستات.
- العلاج الجراحي: في حالة التضخم الشديد أو عند حالة حدوث مضاعفات.
- قد يضطر القائم على تقديم الرعاية لإدخال قثطرة بولية لإخراج البول، حتى يحين الوقت المناسب للجراحة.

مراجع استرشادية:

- Beers، MH، Berkow R، eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station، NJ: Merck Research. Laboratories; 2000. available at http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html
- Yoshikawa TT، Cobbs EL& Smith KB، eds. Practical ambulatory Geriatrics. 1998.

الفصل (2-8) أمراض الكلية والجهاز البولي في المُسِنّين

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب ان :

- يتعرّف على كيفية تقييم وظائف الكلية في المُسِنّين.
- يدرك أهم التغيرات الفيزيولوجية في الكلية وتأثيرها.
- يعدِّد أهم أسباب القصور والفشل الكلوي.
- يفهم أدوار القائمين على تقديم الرعاية الأولية في القصور والفشل الكلوي.
- يدرك أهمية الجفاف والتهابات مجرى البول في المُسِنّين.
- يتعرف على كيفية التعامل مع حالات الجفاف والتهاب مجرى البول في المُسِنّين.

الفشل الكلوي المزمن

إن الوقاية هي الأساس في تفادى القصور والفشل الكلوي، فكثيراً ما يكون القصور والفشل الكلوي في المُسِنّين نتيجة مضاعفات ثانوية للأمراض الأخرى وأهمها:

1- السكري.
2- ارتفاع ضغط الدم.
3- التهاب متكرر في مجرى البول.
4- الانسداد المزمن لمجرى البول.
5- الحصوات البولية.
6- تناول أدوية متعددة.

اهم التغيرات الفيزيولوجية في الكلية والجهاز البولي المصاحبة لتقدم العمر:

لا تؤدي التغيرات الفيزيولوجية في الكلية والجهاز البولي المصاحبة لتقدم العمر إلى القصور والفشل الكلوي، ولكنها تزيد من قابلية حدوثه عند التعرض لأسباب مؤثرة أخرى. وأهمها:

1- انخفاض معدل الترشيح الكبيبي Glomerular filtration rate .
2- انخفاض القدرة على تركيز البول.
3- صعوبة التعامل مع اختلال الشوارد في الدم.
4- تصلب الشرايين.

دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية وفريق العمل في التعامل مع التغيرات الفيزيولوجية في الكلية وفي الجهاز البولي المصاحبة لتقدم العمر

الوقاية:

1- التقييم الدقيق لعوامل الخطورة.
2- التدخل السريع والمناسب لعلاج الأمراض الحادة.
3- مراعاة معدل تصفية الكرياتينين عند ضبط جرعات الأدوية.
4- السيطرة على الأمراض المزمنة، مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري.
5- التثقيف الصحي للمُسِنّ ولمن يقدِّم له الرعاية حول النمط الغذائي.

التشخيص:

1- عادة لا يصاحب القصور والفشل الكلوي في المراحل المبكرة أي أعراض، ويعتمد التشخيص على المتابعة الدورية للمرضى الذين لديهم عوامل خطورة.

2- في أغلب الأحيان تكون أعراض القصور والفشل الكلوي غير نمطية.

المتابعة:

1- متابعة بالفحوصات المختبرية (المعملية) الدورية لوظائف الكلية، بتواتر يتفاوت بتفاوت عوامل الخطورة.

2- متابعة سريرية (إكلينيكية) عند وجود أعراض متعددة غير مترابطة وليس لها تفسير ولكنها تثير الاشتباه، للوصول إلى التشخيص المبكر.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

1- الارتفاع المفاجئ للكرياتين أو الانخفاض المفاجئ لمعدل تصفية الكرياتين.
2- انخفاض كمية البول لا يتناسب مع كمية السوائل المتناولة.
3- وجود أعراض أو فحوصات مختبرية (معملية) تشير إلى فشل كلوى مزمن أو حاد.

أدوار القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية لمرضى الفشل الكلوي المزمن المُسِنّين:

1- التنسيق بين المُسِنّ والقائم على رعايته ومركز غسيل الكلية.
2- مراجعة المعوقات التي تحول بين المريض والانتظام على جلسات الغسيل وتذليلها.
3- توجيه المريض ومن يقوم على رعايته إلى أماكن تقديم الدعم المادي والمعنوي عند الحاجة.

الجفاف

الجفاف من أهم الأمراض التي يسهل حدوثها في المُسِنّين، وتؤدي إلى تكرار دخولهم المستشفيات، وإلى حدوث المضاعفات لديهم.

العوامل المؤدية لحدوث الجفاف في المُسِنّين :

1- نقص الإحساس بالعطش، وهو تغير طبيعي يتفاقم مع التقدم في العمر.
2- نقص قدرة الكلية على الحفاظ على توازن السوائل.
3- انخفاض نسبة السوائل بالجسم مع تقدم العمر.

دور مقدم الرعاية الأولية:

1- تشخيص الجفاف استناداً إلى قصة وتاريخ المريض، بالاستعلام عن كمية السوائل التي تناولها، وإلى الفحص السريري (الإكلينيكي)، والانتباه خاصة إلى الأعراض غير النمطية مثل انخفاض القدرة الوظيفية، والهذيان، والإرهاق.

2- التثقيف الصحي للمريض وعائلته حول أهمية تناول السوائل بكثرة تبعاً للحالة المرضية، والعلاج السريع للأمراض التي تؤدي إلى فقدان السوائل، مثل النزلات المعوية، والحمى، وارتفاع سكر الدم، واستخدام مُدِرَّات البول، وقصور الوظائف المعرفية.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية

1- الجفاف الشديد الذي يحتاج إلى تعويض السوائل بإعطاء المحاليل بالوريد.

2- عدم قدرة المريض والقائمين على رعايته تعويض السوائل عن طريق الفم.
3- عدم القدرة على السيطرة على السبب الذي أدى إلى الجفاف في الرعاية الصحية الأولية.

التهابات مجرى البـول

- تعتبر التهابات مجرى البول ثاني الأسباب انتشاراً بين حالات العدوى في المُسِنّين، بعد التهابات الجهاز التنفسي.
- وتعد التغيُّرات في الجهاز التناسلي للمرآه وتضخم البروستات في الرجال والتي تحدث بسبب التقدم في العمر من أهم أسباب حدوث العدوى، بالإضافة إلى انخفاض المناعة لدى المُسِنّين، خاصة المصابين بالسكري، ومستخدمي القثطرة البولية.

أعراض التهاب مجرى البول لدى المُسِنّن:

1- التهاب مجرى البول لدى المُسِنّين قد يكون بدون أعراض ولا يكتشف إلا بتحليل البول.
2- التهاب مجرى البول لدى المُسِنّين قد يكون له أعراض نمطية، وهي الالم عند التبول والحمى وتعدد مرات التبول.
3- التهاب مجرى البول لدى المُسِنّين قد تكون له أعراض غير نمطية، مثل سلس البول الحاد وقصور الوظائف الحيوية والهذيان وقصور الوظائف المعرفية وفقدان الشهية.

دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في التهاب مجرى البول لدى المُسِنّين:

1- تشخيص التهاب مجرى البول بالاستعانة بالتاريخ المرضي وبالفحص السريري (الإكلينيكي) وبتحليل البول وزرعه.
2- تحديد المضاد الحيوي المناسب من حيث النوع ومدة الاستخدام.
3- تقييم المضاعفات أو الأسباب الثانوية مثل القصور والفشل الكلوي وانسداد مجرى البول وحصوات الكلية وعدم السيطرة على مستوى السكر بالدم.
4- العمل على تفادي تكرار الالتهابات بالتثقيف الصحي ومراجعة وعلاج عوامل الخطورة مثل تضخم البروستات والحصوات البولية وهبوط الرحم واستخدام القثطرة البولية.
5- التثقيف الصحي للمرضى الذين يستخدمون قثطرة بولية لتفادي الالتهابات المتكررة في مجرى البول.

حالة للمناقشة الحالة 2-8

مراجع استرشادية:

- Ham RJ، Sloane PD، Warshaw GA، Bernard MA، Flaherty E، eds. Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 5th ed. Mosby; 2006.
- Fernandez H، Cassel CK، Leipzig R، Soriano RP ، eds. Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach;2007
- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.

الفصل (2-9) صحة الفم والأسنان في المُسِنّين

الدكتورة ضحى رشيدي علي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرَّف على أهم التغيرات الفزيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر في الفم والأسنان.
- يعدِّد أهم مشكلات الفم والأسنان عند المُسِنّين.
- يتعرَّف على أهم رسائل التثقيف الصحي للحفاظ على صحة الفم والأسنان.
- يميز متى يحتاج المُسِنّ إلى مستوى أعلى من الرعاية.

وتعتبر صحة الفم والأسنان من أهم العوامل المؤثرة على جودة حياة المُسِنّين، فهي تؤثر على قدرته على المضغ والتحدث والبلع، وكذلك مظهر المُسِنّ وثقته بنفسه

من المفاهيم الخاطئة:

إن فقد الأسنان تغير مصاحب للتقدم في العمر، وهذا خطأ، إذ يمكن للأسنان أن تبقى نظيفة وصحية مدى الحياة باتباع إرشادات صحة الفم والأسنان وزيارة طبيب الأسنان بانتظام. ويمكن للجميع أن يحافظوا على أسنانهم ولثتهم صحية بغض النظر عن أعمارهم.

التغيرات الفيزيولوجية في الفم والأسنان مع التقدم في العمر

1. غالبا ما تنحسر اللثة مع تقدم العمر عن الأسنان، لتنكشف جذور الأسنان التي لا تقاوم التسوس جيداً، كما أن هذه الأجزاء التي تنحسر عنها اللثة تكون أكثر حساسية للألم عند تناول أطعمة ومشروبات ساخنة أو باردة.
2. تتراجع رطوبة الفم، وتقل كمية اللعاب بتأثير الأمراض المصاحبة للتقدم في العمر، وبتأثير عدد كبير من الأدوية الشائعة في المُسِنّين، مما يؤدي إلى تراجع في قدرة اللعاب على غسل البكتيريا التي تلتصق بالأسنان.
3. مع التقدم في العمر تضعف حاستا التذوق والشم، مما يساهم في قلة استمتاع المُسِنّ بالطعام وضعف شهيته وبالتالي يتعرض لسوء التغذية.

أهم أمراض الفم والأسنان ذات التأثير الكبير على الحالة الصحية العامة للمُسِنّين

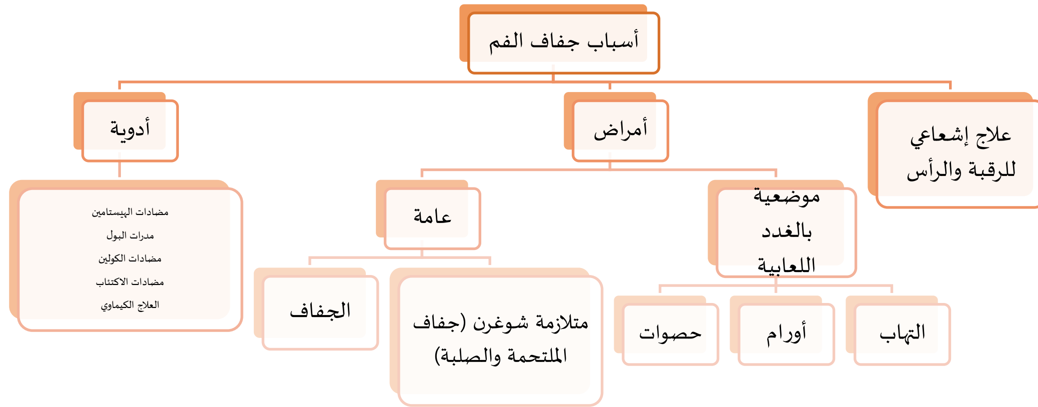
- سوء التغذية والعدوى، وبصفة خاصة في مرضى السكري ونقص المناعة.
- وكذلك فإن مرضى صمامات القلب عرضة لخطر التهاب الشغاف المُعْدِي infective endocarditis بسبب تجرثم الدم أثناء جراحات الأسنان.
- أمراض دواعم الأسنان Periodontal disease تعتبر عامل خطورة رئيسي لحدوث قصور الشرايين التاجية.

أهم مشكلات الفم لدى المُسِنّين

- جفاف الفم.
- فقد الأسنان.
- ضعف حاسة الذوق
- أمراض الغشاء المخاطي.

جفاف الفم:

برغم أن إفراز اللعاب لا يقل مع التقدم في العمر، لكنه يتأثر بعدد من الأمراض الشائعة في المُسِنّين. وللُّعاب دور هام في التذوق والبلع وحماية الأسنان والأغشية المخاطية بالفم. وقد يسبب جفاف الفم مشاكل صحية مثل التهاب اللثة والتسوس وصعوبة البلع.



العلاج:

- تقليل أو إيقاف العلاج المسبب لجفاف الفم.
- تحفيز الغدد اللعابية بعصير الجريب فروت أو حبوب النعناع عديمة السكر.
- نظافة الفم والأسنان واستعمال الفلورايد.
- استعمال بدائل اللعاب الصناعي.
- يمكن استعمال النيوستيجمين إذا لم تنجح الوسائل السابقة.

فقد الأسنان:

برغم تطور الرعاية الصحية للعناية بالأسنان وتزويد المياه بالفلورايد، إلا أن فقد الأسنان لازال من أهم المشاكل التي تؤثر على جودة حياة المُسِنّ.

أسباب فقد الأسنان:

1. تَسَوُّس الأسنان، وهو شائع جداً في المُسِنّين، ويؤثر بصورة خاصة في جذور الأسنان نتيجة تراجع اللثة، بعكس صغار السن الذين يحدث التسوس لديهم في تاج السن، ونتيجة سوء العناية بنظافة الأسنان وغياب العناية الطبية بها. ومن أكثر البكتيريا التي تسبب تسوس الأسنان "العقدية الطافرة" Streptococcus mutans والمُلَبِّنة lactobacillus التي تتراكم في اللويحات السنيةdental plaques.
2. أمراض دواعم الأسنان: وهي أمراض اللثة وأربطة الأسنان والعظم السنخي Alveolar bone ومن أهم البكتيريا المسببة لالتهاب دواعم الأسنان البكتيريا العصوانية bacteroides والمغزلية Fusobacterium، ويزداد معدل الإصابة بها في مرضى السكري وحالات سوء التغذية.

3. هناك عدد من الأدوية التي تسبب تضخم اللثة ويتم استعمالها بكثرة في المُسِنّين، مثل الفينيتوين ومحصرات مستقبلات الكالسيوم، فهي تزيد معدلات الإصابة بالعدوى. ويمكن علاجها بإيقاف الدواء وبمعالجة اللثة موضعياً.

وعلاج أمراض دواعم الأسنان باتباع الخطوات التالية:

- العناية بنظافة الأسنان
- استخدام المطهر الموضعي مثل كلوروهيكسيدين 0.12% لغسل للفم يومياً.
- استخدام المضاد الحيوي المناسب لمدة 7-10 أيام.
- الرعاية الممتدة باستخدام المضادات الحيوية المديدة الأمد حسب وصفة الطبيب.

وقد تطور زرع الأسنان كثيراً وأصبح استعمال طقم الأسنان الصناعي "البدلة" نادراً في حالات فقد الأسنان للحفاظ على القدرة على المضغ والنطق والشكل العام، نظراً لأنه يترافق بعدد من المضاعفات مثل التهاب وعدوى وتقرح الأغشية المخاطية وتآكل العظم السنخي.

أمراض الغشاء المخاطي للفم:

- العدوى بفيروس الهربس أو بفطريات المُبْيَضَّات الفموية.
- الأمراض المناعية مثل الحزاز المسطح Lichen Planus.
- تقرحات الغشاء المخاطي.
- الرضوض الموضعية وخاصة باستعمال طقم الأسنان الصناعي.
- الحروق الكيماوية أو الحرارية.
- سرطانات الفم.
- الالتهابات الموضعية مثل قرحة الفم القُلاعية المتكررة Recurrent Aphthous Ulcer.
- الأورام السرطانية والمحتملة التسرطن
- سرطان الخلايا الحرشفية Squamus cell carcinoma.
- السرطان الثؤلولي verrucous carcinoma.
- الطَلَوان الأبيض Leukoplakia.
- الطَلَوان الأحمر Erythroplakia.

داء المُبْيَضّات في الفم oral candidiasis

سببه عدوى بالفطريات، ويظهر في عدة صور منها المظهر الغشائي الكاذب psuedomembranous، والضموري atrophic ومفرط التَّنَسُّج hyperplastic والتهاب الشفة الزاوي Angular cheilitis. وعوامل الخطورة للإصابة بداء المُبْيَضّات في الفم هي التدخين ونقص المناعة والمعالجة بمركبات الكورتيكوستيرويد وبالمضادات الحيوية الواسعة الطيف وسوء التغذية. وعلاج داء المُبْيَضّات في الفم هي علاج عوامل الخطورة، واستخدام مضادّات الفطريات الموضعية مثل نيستاتين وميكونازول. وتشفى جميع أمراض الغشاء المخاطي في فترة لا تزيد عن 3 – 4 أسابيع، أما إذا استمر الالتهاب أو التقرح لفترة أطول فيوصى بأخذ خزعة لاستبعاد سرطان الفم.

سرطان الفم واللسان:

إن سرطان الفم واللسان من الأمراض غير الشائعة، إلا أن معدلات الإصابة به تزايد بسبب تزايد معدلات التدخين وتناول المشروبات الكحولية وسوء التغذية ونقص المناعة، كما أن معدلات الوفيات والمراضة الناجمة عنها مرتفعة. وتحتاج في علاجها للتدخل الجراحي مع العلاج الكيميائي والإشعاعي.

ضعف حاسة التذوق:

يؤثر التقدم في العمر على حاستي التذوق والشم، وعلى جودة الحياة. كما يتأثر التذوق بعدد من الأمراض أهمها تسوس الأسنان والتدخين وجفاف الفم ومرض ألزهايمر والباركنسونية والإنفلونزا والتهاب الجيوب الأنفية ونقص فيتامين بي 12. كما يتأثر التذوق بعدد من الأدوية مثل محصرات المستقبلات بيتا ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين والميترونيدازول وعدد كبير من المضادات الحيوية.

الرسائل الصحية للعناية بالأسنان

- تنظيف الأسنان.
- استعمال خيوط الأسنان بعد كل وجبة.
- تنظيف الأسنان بالفرشاة الناعمة مرتين يومياً على الأقل واستعمال كمية صغيرة من معجون الأسنان الذي يحتوي على الفلورايد.
- غسل الفرشاة بانتظام واستبدالها كل ثلاثة شهور.
- تجفيف الفرشاة في الهواء، حتى لا تنمو عليها البكتيريا، وحفظها غير مغطاة

العناية بالأسنان الصناعية:

- خلع الأسنان الصناعية بعد كل وجبة وغسلها، وتنظيفها واللثة مرتين يومياً . باستعمال الماء والصابون.
- خلعها في الليل وحفظها في كوب فيه ماء.
- استشارة طبيب الأسنان إذا كانت غير ملائمة للفم بشكل جيد، أو سببت آلاماً أو تقرحات أو التهابات بالفم، ويفضل أن تكون زيارة طبيب الأسنان سنوية.

أدوار القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في علاج مشكلات الفم والأسنان:

- تشجيع المُسِنّ على الإقلاع عن التدخين وتوعيته حول الغذاء الصحي المتوازن وطرق العناية بالأسنان.
- فحص الفم بصورة دورية مع التركيز على الأسنان وقاع الفم واللسان، وخلع طقم الأسنان لفحص الغشاء المخاطي أسفله.
- الإحالة إلى طبيب الأسنان عند اللزوم.

أسباب الإحالة العاجلة لطبيب الفم والأسنان

- آلام في اللثة أو في الأسنان.
- قرحات في اللثة أو وجود صديد.
- تخلخل الأسنان.
- رائحة الفم السيئة
- وجود التَّنَسُّج الأحمر Erythroplasia بالفم.
- وجود الطلوان leukoplakia بالفم.

حالة للمناقشة الحالة 2-9

مراجع استرشادية:

- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009
- Fillit HM، Rockwood K، Woodhouse K، eds. Brocklehurst’s textbook of geriatric medicine and gerontology.7th ed. Saunders، Elsevier; 2010.

الفصل (2-10) مشاكل الجلد وملحقاته في المُسِنّين

الدكتورة ضحى رشيدي علي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على أهم تغيرات الجلد الفزيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر.
- يعدد أهم مشكلات الجلد عند المُسِنّين.
- يحدد علامات الخطورة المصاحبة لبعض مشكلات الجلد في المُسِنّين.
- يميز متى يحتاج المُسِنّ إلى مستوى أعلى من الرعاية.
- معرفة رسائل التثقيف الصحي حول العناية بصحة الجلد.

تغيرات الجلد المصاحبة للتقدم في العمر

إن الجلد هو العضو الأكبر في الجسم، والأكثر ظهوراً للأعين، ويصيبه ما يصيب باقي الأعضاء من تغيرات مصاحبة للتقدم في العمر، وأهمها:

1. يتناقص سمك الجلد، وبخاصة الأدمة بنحو20٪ ، ويصاحب ذلك نقص في الخلايا والأوعية الدموية والغدد العرقية والدهنية والخلايا العصبية الحسية وخلايا لانغرهانس المناعية .
2. يتناقص محتوى الجلد من الكولاجين والإيلاستين.
3. تتناقص كمية الدهون الموجودة تحت الجلد.
4. يشيب الشعر نتيجة تناقص الخلايا المفرزة للميلانين في بصلة الشعر.
5. ينقص سمك صفيحة الظفر وينقص معدل نمو الأظافر.

نتائج تغيرات الجلد المصاحبة للتقدم في العمر

1. يصبح الجلد رقيقاً وتظهر التجاعيد عليه.
2. تتضاءل قدرة الجلد على تبادل الحرارة الداخلية أو الاحتفاظ بها.
3. تتزايد معدلات إصابة الجلد بالعدوى والقروح وتقل قدرته على الشفاء.
4. تزداد سهولة تكسُّر الأظفار.
5. تزداد كل هذ التغيرات بعوامل أخرى مصاحبة للتقدم في العمر، مثل التدخين وسوء التغذية والجفاف والتعرض المزمن للشمس.

امراض الجلد الأكثر شيوعاً في المُسِنّين

1- أمراض نتيجة للعدوى

- التهاب النسيج الخلوي تحت الجلدcellulitis والحمرة erysipella
- الهربس النُّطاقي herpes zoster
- الجَرَب scabies

2- أورام سرطانية في الجلد

- سرطان الخلايا الحرشفية squamous cell carcinoma
- الأورام الميلانينية الخبيثة malignant melanoma
- سرطان الخلايا القاعدية basal cell carcinoma

3- أمراض حميدة شائعة في الجلد

- جفاف الجلد xeroderma
- الحكة pruritis
- النمش lentigo
- تقرن الجلد seborrheic keratoderma الدهني

أمراض الجلد الحميدة الشائعة بين المُسِنّين:

جفاف الجلد xerosis: وهو المشكلة الجلدية الأكثر شيوعاً، وفيها يصبح الجلد جافاً متقشراً خشناً، وقد يصاحبها حكة. وتزداد الإصابة بها في فصل الشتاء، بزيادة البرودة ونقص الرطوبة. ويمكن علاجها باستخدام الزيوت المرطبة والصابون المرطب، وتجنب الماء الحار الذي يزيد من جفاف الجلد وفي حالات الجفاف الشديدة تستخدم المراهم الجلدية التي تحتوي على حمض اللاكتيك؛ ولتقليل الالتهاب يضاف الكورتيزون لها.

الحكة pruritis: هناك اعتقاد سائد أن السبب الأساسي للحكة هو وجود مرض جلدي، إلا أن أكثر أسبابها شيوعاً هو جفاف الجلد. وقد يصعب في المُسِنّين تحديد السبب، فقد يكون من الأمراض الجلدية، وقد يكون الفشل الكلوي، والركود الصفراوي، والسكري، والعديد من الأمراض والأورام في الدم وفي الليمف، وقد تحدث الحكة كرد فعل لعلاج دوائي أو بسبب بعض العوامل النفسية.

وقد يكون التعامل مع الحكة لدى كبار السن صعباً بسبب تعدد العوامل التي تسببها وصعوبة تشخيصها، إلى جانب الحذر الواجب من العلاج بمضادات الهيستامين لما تسببه لدى المُسِنّين من آثار جانبية ضارة.

النَّمَش Lentigo: بقع بنية اللون مسطحة الملمس تظهر على الوجه وظهر اليدين والقدمين نتيجة التعرض للشمس لفترة طويلة، وهي غير ضارة .

التَّقَرُّن الدهني seborrheic keratosis: ويظهر في أماكن مختلفة من الجسم على شكل بقع بنية اللون أو سوداء اللون قشرية دهنية مرتفعة عن سطح الجلد، وقد تشبه أورام الجلد السرطانية وبخاصة أورام الميلانوما الخبيثة، مما يستدعي أخذ خزعة تشخيصية. وتعالج بالكشط curettage أو الكي بالتبريد بالنيتروجين السائل.

الهربس النطاقي herpes zoster: هو أحد مظاهر نقص المناعة في كبار السن، يزداد معدل حدوثه في مرضى السكري، ومرض الأورام السرطانية، والذين يتعالجون بجرعات كبيرة من الكورتيكوستيرويد. ويظهر في صورة حويصلات في قطاع جلدي وحيد الجانب مع أعراض مصاحبة نشبه الإنفلونزا. والتشخيص والعلاج المبكر باستخدام الأسيكلوفير يقلل من الإصابة بالألم العصبي الهربسي.

التهاب النسيج الخلوي cellulitis **والحمرة** Erysipelas: وهما نوعان من العدوى البكتيرية التي تصيب الجلد، كل منهما يستطيع أن ينتشر إلى الدم وقد تصيب العدوى بعد ذلك أعضاء أخرى بالجسم. وفي النوعين من العدوى، يصبح الجلد أحمر اللون ومؤلماً عند لمسه ودافئاً، ويصاحب ذلك الحمى وتورم الغدد الليمفاوية قرب منطقة العدوى، مع ظهور خطوط

حمراء تتجه من المنطقة الحمراء بالجلد إلى الغدد الليمفاوية المتورمة المجاورة. ويعتمد العلاج على استخدام المضادات الحيوية التي تؤثر على البكتيريا من المكورات العقدية أو العنقودية مثل البنسلين، والكمادات الدافئة ورفع العضو المصاب.

الجَرَب scabies: هو مرض جلدي مسبب للحكة شديد العدوى تسببه حشرة طفيلية هي القارِمَة الجَرَبِيّة Sarcoptes scabiei، يزداد معدل حدوثه في المُسِنّين من المقيمين بدُور الرعاية الممتدة، وقد يحدث على شكل فاشية في الدار مما يستوجب سرعة التشخيص والعلاج.

ويشتهر الجَرَب بحكة شديدة تزداد ليلاً، ويصاحبها تجمعات حمراء صغيرة، وبثور تصيب أماكن محددة من الجسم، مثل المناطق بين الأصابع، وتحت الإبط، وحول الخصر، وفي الجزء الداخلي من المعصم، وعلى باطن القدم، وحول الثديين، وعلى الأرداف والركبتين، وعلى الكتف، ولا يصيب فروة الرأس.

الوقاية بتجنب مخالطة المصابين، والاهتمام بالنظافة الشخصية، وغسل الملابس والمناشف وملاءات الأسِرَّة وتجفيفها جيداً، والعلاج بكريم بيرمترين ٥٪ وكريم ليندان.

داء المُبْيَضَّات candidiasis: هو عدوى فطرية بالمُبْيَضَّة البَيْضاء، وتصيب الجلد والأغشية المخاطية، وتظهر في صورة حكة واحمرار، بالرغم من أن الأعرض قد تكون شديدة وقاتلة لدى المرضى المصابين بنقص المناعة، حيث تمتد العدوى إلى التجويف الفموي والبلعوم والمريء والجهاز الهضمي والمجاري البولية بالإضافة للأعضاء التناسلية، كما يمكن أن تتفاقم إلى حد وجود المبيضات في الدم أو القلب أو الدماغ. ولمنع الإصابة بداء المُبْيَضّات يجب المحافظة على نظافة الجلد وجفافه وتناول غذاء متوازن والحدّ من استخدام المضادات الحيوية ومركبات الكورتيكوستيرويد، ويتم العلاج باستخدام أدوية مضادة للفطريات مثل فلوكونازول.

سرطان الجلد

هناك ثلاثة أنواع لسرطان الجلد:

سرطان الخلية القاعدية Basal Cell Carcinoma وهو أكثر أنواع سرطان الجلد انتشاراً. والتعرض المتكرر ولمدة طويلة لضوء الشمس هو السبب الأول. كما أن علاج حب الشباب بأشعة إكس والتعرض للزرنيخ ومركبات الهيدروكربون والملوثات الصناعية الأخرى تزيد من خطر الإصابة به.

سرطان الخلية الحرشفية Squamous Cell Carcinoma وينشأ أحيانا من نمو جلدي يسمى "التقرن الضيائي Actinic keratosis يتحول إلى سرطان، وتكون الخطورة على أشدها بين أصحاب البشرة الفاتحة والشعر الأشقر الذين يتعرضون بشكل متكرر لأشعة الشمس القوية.

الميلانوما Melanoma **وهو الورم** الأكثر خبثاً وفتكا من أنواع سرطان الجلد، وهو ورم غير مؤلم، وقد ينشأ من وحمة موجودة سابقاً أو حديثة الظهور فوق جلد يبدو ظاهرياً بلا أي شذوذ. وقد تقع الميلانوما في أيّ مكان، ويشمل ذلك السرير تحت الظفر والشبكية داخل العين.

مؤشرات إحالة المُسِنّ الذي لديه ورم جلدي إلى مستوى أعلى من الرعاية

- ظهور أورام أو قرحات أو شامات فجأة.
- قرحة لا تلتئم برغم العلاج.
- حكة لا تستجيب للعلاج أو لا يمكن تشخيص سببها.
- تغير في لون الشامة أو في حجمها أو في شكلها أو ظهور التهابات وقروح بها.

رسائل التثقيف الصحي للعناية بصحة الجلد

- تبدأ العناية بالجلد بالنظافة الشخصية والتغذية الجيدة والوقاية من الجفاف وتقليل التعرض لأشعة الشمس وتجنب التدخين.
- لا يجب التعرض لأشعة الشمس المباشرة بين ١٠ صباحاً و٣ عصراً، وينبغي ارتداء قبعات عريضة وأكمام طويلة.
- الاستعمال المتكرر كل ساعتين للكريمات الواقية من الشمس بدرجة وقاية أكثر من ٣٠.
- استخدام الكريمات المرطبة.
- الخضوع لفحص الجلد كاملاً بصفة دورية سنوياً للكشف المبكر عن الأورام.
- ضرورة الاهتمام بالأعراض الجلدية البسيطة: فالحكة قد تكون نتيجة لجفاف الجلد البسيط، وقد تكون علامة على أمراض قاتلة مثل سرطان الدم.

حالة للمناقشة الحالة 2-10

مراجع استرشادية:

- Halter JB، Ouslander JG، Tinetti ME، Studenski S، High KP، Asthana S، eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Landefeld، C. Seth; Palmer، Robert M.; Johnson، Mary Anne G.; Johnston، C. Bree; Lyons، William L. Current Geriatric Diagnosis & Treatment، 1st Edition. McGraw-Hill. 2004.
- Buckinghamshire Joint Dermatology Referral Guidance 2013
- Fillit HM، Rockwood K، Woodhouse K، eds. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology.7th ed. Saunders، Elsevier; 2010.

الوحدة الثالثة

اعتلالات ومتلازمات وأمراض شائعة في المُسِنّين

تبحث هذه الوحدة في اعتلالات ومتلازمات وأمراض شائعة في المُسِنّين، وهي الأمراض والمتلازمات الخاصة بهذه المرحلة العمرية والتي يجب أن يكون القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية على دراية كافية بها بالرغم من خصوصيتها للمُسِنّين، ونادراً ما تحدث في الفئات العمرية الأخرى، نظراً لما تمثله من أهمية من حيث انتشارها، وتأثيرها السلبي على المُسِنّ ذاته، وعلى الموارد الصحية والاجتماعية والاقتصادية للدول المختلفة، والدور الأساسي الذي يجب أن تؤديه الرعاية الصحية الأولية في الوقاية والتشخيص المبكر والإحالة. وسنستعرض بعض الأمراض المعروفة في الفئات العمرية المختلفة، مع التأكيد على خصوصيتها لدى المُسِنّين، من حيث المفاهيم الخاطئة الشائعة وتصحيحها، والتشخيص ووسائل العلاج المختلفة، ودَور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل المرض، وأهم رسائل التثقيف الصحي، ومؤشرات اللجوء لمستويات أخرى من الرعاية.

وبالإضافة إلى المتلازمات الخاصة بالمُسِنّين، فإننا سنستعرض المعارف والمهارات الخاصة التي يجب أن يكتسبها القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية لضمان القدرة على التعامل مع هذه الفئة العمرية وتقديم الخدمة الصحية بصورتها المثلى.

الفصل (3-1) الأمراض النفسية في المُسِنّين

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة، الدكتورة شيرين مصطفى موسى

خَرَف ألزهايمر
الهَذَيَان
الاكتئاب
القلق

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على أهمية خَرَف ألزهايمر ومعدل انتشاره.
- يتعرَّف على أهم عوامل الخطر ويتفهم أعراض المرض.
- يعدِّد الأسباب الأخرى للخَرَف.
- يميز دور القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمرضى الذين تم التشخيص لديهم حديثاً والقدامى منهم.
- يفرِّق بين الأدوار لكل فرد من أفراد فريق تقديم الرعاية الصحية الأولية.
- يتمكن من تقديم النصائح للقائمين على رعاية المريض ونصائح الوقاية للأصحاء.
- يفهم علاقة خَرَف ألزهايمر بالأمراض الأخرى وأهمية الأداء الوظيفي لمرضى ألزهايمر.
- يدرك دور التحكم في عوامل الخطر في تحسين جودة حياة المرضى وأسرهم.
- يتواصل مع القائمين على تقديم الخدمات الأخرى لمرضى ألزهايمر.
- يُعرّف حالة الهَذَيَان لدى المُسِنّين.
- يواجه بعض المفاهيم الخاطئة في التعامل مع الهَذَيَان.
- يعدِّد العوامل ويتعرف على المشكلات الصحية التي تزيد من حدوث الهَذَيَان.
- يشخِّص الهَذَيَان ويفرِّق بين الهَذَيَان والخَرَف.
- يتعامل مع المُسِنّ المصاب بهَذَيَان.
- يحدِّد دور فريق العمل.
- يعرِّف طرق الوقاية من الهَذَيَان.
- يتعرَّف على مظاهر الاكتئاب المختلفة.
- يشخِّص الاكتئاب ويعرِّف مخاطره في المُسِنّين.
- يُقيِّم المُسِنّ لاكتشاف مظاهر الاكتئاب.
- يتعرَّف على طرق العلاج ودور أعضاء الفريق فيه.
- يتعرَّف على أنواع اضطرابات القلق المختلفة.
- يشخِّص اضطراب القلق العام ويعرف مخاطر اضطرابات القَلَق في المُسِنّين.
- يقيِّم المُسِنّ لاكتشاف إصابته باضطرابات القَلَق.
- يتعرَّف على طرق العلاج وأدوار أعضاء الفريق فيه.

خَرَف ألزهايمر

معدل انتشار خَرَف ألزهايمر

يبلغ المتوسط التقريبي لمعدل انتشار خَرَف ألزهايمر 3.9% من المُسِنّين فوق سن 60 عاماً، ومن المتوقع زيادة النسبة في العقود المقبلة، وهذا المعدل يعتبر كبيراً نسبياً لما لخَرَف ألزهايمر من تأثير سلبي على جودة حياة المُسِنّ والقائمين على رعايته.

هل يشكل خَرَف ألزهايمر مشكلة حقيقية في حياة المُسِنّ

خَرَف ألزهايمر من الأمراض التي يزيد معدل انتشارها مع تقدم العمر، وحيث أن كل من نسبة المُسِنّين ومتوسط الأعمار في ازدياد مستمر، فإن خَرَف ألزهايمر يعدّ مشكلة تتزايد بمرور الوقت. وبالإضافة إلى أن خَرَف ألزهايمر مرض يؤثر على القدرات العقلية للمُسِنّ ويجعلها في تدهور مستمر، كما أن له تأثيراً سلبياً على جودة الحياة، ليس بالنسبة للمريض فقط، ولكن للقائمين على رعايته أيضاً، حيث يواجهون مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية شديدة.

إن ازدياد أعداد المُسِنّين وارتفاع مأمول الحياة لديهم يجعل معدل انتشار خَرَف ألزهايمر في ارتفاع مستمر.

عوامل خطر الإصابة بخَرَف ألزهايمر:

- التقدم بالعمر.
- العوامل الوراثية.
- أمراض عضوية وحالات مرضية كالسمنة وارتفاع ضغط الدم والسكري.
- نقص في فيتامين ب 12 وحمض الفوليك.
- التعرض المزمن للإصابات في الرأس والتسمم ببعض المعادن.
- الإصابة بالاكتئاب خلال مراحل العمر المختلفة.

عوامل واقية من الإصابة بخَرَف ألزهايمر

- ارتفاع درجة التعليم.
- التحكم الجيد بضغط الدم وسكر الدم.
- ممارسة الرياضة .
- الاندماج في الأنشطة الاجتماعية.

مراحل خَرَف ألزهايمر:

يمكن تصنيف المراحل التي يمر بها المُسِنّ منذ بداية الدخول في الشيخوخة الطبيعية ومروره بالقصور المعرفي البسيط وحتى وصوله إلى الشكل الشديد من خَرَف ألزهايمر إلى:

1. وظائف معرفية طبيعية.
2. تأثُّر الوظائف المعرفية مع تقدم العمر.
3. قصور معرفي بسيط لا يؤثر على أنشطة الحياة اليومية.
4. خَرَف ألزهايمر بسيط.
5. خَرَف ألزهايمر متوسط.
6. خَرَف ألزهايمر شديد/متوسط.
7. خَرَف ألزهايمر شديد.

يبدأ خَرَف ألزهايمر في مراحله الأولى بصعوبة في التركيز وصعوبة في استدعاء الكلمات، ثم يضاف إليه قصور في الذاكرة القريبة، مما يؤثر على الأداء الوظيفي للمريض المُسِنّ، فيفقد القدرة على تأدية أنشطة حياته اليومية بصورة مستقلة.

يتفاقم خَرَف ألزهايمر ليفقد المريض القدرة على تمييز الأماكن، ثم يفقد القدرة على التحكم في التبول، وكثيراً ما تظهر عليه بعض الأعراض النفسية الأخرى مثل الهلاوس والضلالات والاضطرابات الشديدة في النوم، وفي المراحل المتأخرة يفقد القدرة على الأكل والكلام والحركة.

متلازمة الغروب sunset syndrome:

هي ظاهرة نفسية يحدث فيها زيادة في الهَذَيَان والنشاط والأعراض السلوكية في بعض مرضى الخَرَف وذلك بعد غروب الشمس. وهي غالباً ما تصيب مرضى الخَرَف في المراحل المتوسطة للمرض وتختفي بتفاقم المرض. ويتم علاجها بالأدوية وبطرق غير دوائية.

أسباب أخرى للخَرَف

هناك أسباب متعددة للخَرَف

- أكثر هذه الأسباب شيوعا هو خَرَف ألزهايمر.
- يليه الخَرَف الوعائي المنشأ vascular dementia الناتج عن قصور الدورة الدموية الدماغية أو الجلطات الدماغية
- وهناك أسباب أقل شيوعاً، ومن أهمها الخَرَف الناتج عن بعض الأمراض العضوية أو النفسية أو الجراحية، مثل الخَرَف الناتج عن نقص هرمون الغدة الدرقية، أو نقص فيتامين B_{12}، أو عن الاكتئاب، أو عن أمهات الدم في المخ cerebral aneurysms.
- قد يصاب بعض المُسِنّين بالخَرَف المختلط mixed dementia فيعانون من خَرَف ألزهايمر والخَرَف بسبب قصور الدورة الدموية المخية معا.

مفاهيم خاطئة:

- **جميع المُسِنّين سيصابون بالخَرَف خلال مراحل مختلفة من الشيخوخة.** وهذا غير صحيح، فمعدلات انتشار الخَرَف بجميع أنواعه تزداد في المُسِنّين، ولكنها ليست من التغيرات الفيزيولوجية.
- **كل أنواع الخَرَف من نمط خَرَف ألزهايمر.** وهذا غير صحيح، فخَرَف ألزهايمر هو أكثر أنواع الخَرَف شيوعاً، ولكن هناك أسباباً أخرى يجب استبعادها قبل تشخيص خَرَف ألزهايمر.
- **لا توجد وسائل علاجية للتعامل مع خَرَف ألزهايمر**، وهذا غير صحيح، فعلاجه يؤدي الى بطء تفاقم المرض والسيطرة على الأعراض.

أدوار القائمين على تقديم الرعاية الأولية للمصابين بخَرَف ألزهايمر:

يختلف دور القائم على تقديم الرعاية باختلاف مرحلة خَرَف ألزهايمر:

- في المرحلة قبل التشخيص، وحين يواجه القائم على تقديم الرعاية الأولية مُسِنّاً يشكو من قصور بالوظائف المعرفية، ويشكّ في أسباب مرضه، يُفَضَّل أن يتعاون مع اختصاصي للتأكد من التشخيص واستبعاد الأسباب الأخرى للخَرَف. ويمكن أن يتم الاكتشاف المبكر لخَرَف ألزهايمر أثناء التقييم السنوي الشامل للمُسِنّ. وفي كل الأحوال فإن استبعاد الأسباب الأخرى للخَرَف مهم جداً، فرغم أن تلك الأسباب الأخرى أقل شيوعاً، ولكن بعضها يستجيب للمعالجة، وقد يكون من الممكن الشفاء منه.

- بعد تشخيص المرض ووضع خطة العلاج المناسبة يقوم القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية بدور هام، ولكنه يختلف باختلاف مرحلة الخَرَف:
    - **ففي المراحل المبكرة للخَرَف** يفضل متابعة المريض بفواصل زمنية قصيرة، وإجراء فحص شامل بغرض متابعة تدهور الحالة عن طريق الاختبار ات النفسية المختلفة في كل مرة، والتأكد من عدم الإصابة بأمراض اخرى لا يتمكن المريض من التعبير عنها.
    - **التثقيف الصحي** للقائمين على رعاية المريض في جميع مراحل الخَرَف يعتبر من أهم الأدوار التي يقوم بها القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية، ومن مواضيع التثقيف الصحي الهامة:
        - ✓ شرح طبيعة المرض ومراحل تطوره.
        - ✓ توفير بيئة آمنة للمريض لتجنب الحوادث.
        - ✓ عدم السماح له بالخروج بدون مرافق.
        - ✓ مساعدة المريض على التبول بفواصل قصيرة ومتتابعة حسب جدول.
        - ✓ عدم تغيير الطقوس التي يعتاد عليها المريض.
        - ✓ بالرغم أنه ليس من الشائع ان يواجه مسؤول الرعاية الصحية الأولية خَرَف ألزهايمر في المراحل المتأخرة، فإنه ينبغي توعية أهل المريض بضرورة تجنب سوء التغذية والجفاف والمضاعفات الناتجة عن عدم الحركة.
        - ✓ تقديم الدعم النفسي للقائم على رعاية المُسِنّ وتقديم التوجيه المناسب له.

وإن تحديد أهداف القائم على تقديم الرعاية الأولية في التعامل مع مرضى خَرَف ألزهايمر أمر بالغ الأهمية، وتتلخص هذه الأهداف في ما يلي:

- الحفاظ على الأداء الوظيفي للمصاب بخَرَف ألزهايمر واستقلاليته أطول فترة ممكنة، وذلك بتوفير بيئة آمنة ومحاولة تعديل الأنشطة اليومية الخاصة به إلى صورة أبسط في الملبس والمأكل والانتقال.
- تشجيع القائمين على رعاية المُسِنّ للتعايش مع المشكلة.
- المتابعة الصحية المستمرة لمتابعة تطور المرض وتشخيص أي مضاعفات او أمراض جديدة.
- عدم الإخلال بمتابعة الأمراض الأخرى المزمنة.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

يفضل التعاون مع اختصاصي لتشخيص نوع الخَرَف وفي حالة حدوث أعراض نفسية أثناء مرحلة المرض. ولفريق العمل الذي يعتني بالمُسِنّين دور كبير في التعامل مع المريض ومع القائمين على رعايته.

الاختصاصي النفسي: يشترك الاختصاصي النفسي في متابعة المريض وإجراء اختبار ات القياس النفسي، والتعامل مع المريض في مواجهة المراحل المبكرة من المرض، وتقديم الدعم النفسي للقائمين على رعاية المريض.

الاختصاصي الاجتماعي: يشترك الاختصاصي الاجتماعي في تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للقائمين على رعاية المريض، وتوجيهم للاستفادة من الخدمات التي يمكن أن يقدِّموها للمُسِنّ في دُور الرعاية المختلفة.

اختصاصي التغذية: يقوم اختصاصي التغذية بدور هام جداً في جميع مراحل الخَرَف، فهو يقدم التثقيف الصحي التغذوي للقائمين على رعاية المريض، بهدف تقديم وجبات كاملة القيمة الغذائية تناسب قدرة المريض على الأكل في مراحل المرض المختلفة، ووقايته من الجفاف بتناوله لكميات سوائل كافية.

نصائح وقائية:

إن العوامل التي تساعد على الوقاية من خَرَف ألزهايمر وتشخيصه في مرحلة باكرة هي: الحفاظ على الصحة في جميع مراحل الحياة، وباتباع كل الوسائل، والاندماج الاجتماعي، وارتفاع درجة التعليم، والمتابعة الطبية المستمرة.

حالة للمناقشة انظر الحالة 3-1 - أ

الهَذَيَان Delirium

يقال ان المُسِنّ يعاني من الهَذَيَان حين يصاب بتدهور مفاجىء في قدرته العقلية مع تدهور في الوعي وفقدان الانتباه، وهي حالة تشتد وتخف على مدى اليوم، وترتبط دائماً بوجود مشكلة صحية حادة، وقد يصاحبها أحياناً اضطراب أو هياج.

مفاهيم خاطئة:

كثيراً ما يعزو القائمون على تقديم الرعاية هذه الحالة إلى إصابة عضوية مباشرة في المخ، ويوجهون خطة التشخيص والعلاج في هذا الاتجاه.

عوامل الخطر:

1- التقدم في السن.
2- الضعف في السمع أو في الإبصار.
3- وجود أمراض مزمنة تصيب الجهاز العصبي، مثل الجلطات أو خَرَف ألزهايمر أو داء باركنسون (الشلل الرعّاش).

الحالات الصحية المفاجئة التي تؤدى إلى حدوث هَذَيَان

- ارتفاع درجة الحرارة نتيجة لحدوث عدوى بالميكروبات أو بالفيروسات، في أي جهاز من أجهزة الجسم، مع أو بدون ارتفاع في درجة الحرارة.
- حدوث نقص أو زيادة في مستوى شوارد الدم، مثل الصوديوم والبوتاسيوم.
- إصابة حادة في أي جهاز من أجهزة الجسم، مثل جلطات الشريان التاجي، والفشل الكلوي الحاد، والغيبوبة في السكري.
- الجفاف.
- الاحتباس البولي الحاد.
- الانسداد المعوي الناتج عن الإمساك المزمن.
- الألم بجميع أنواعه.
- تناول أدوية متعددة.
- تناول بعض الأدوية، مثل أدوية الأمراض النفسية والمضادة للحساسية.

الفرق بين الهَذَيَان والخَرَف

الهَذَيَان	الخَرَف
يبدأ فجأة	يبدأ تدريجيا
يرتبط بأسباب مرضية حادة	ليس له سبب ظاهر (أوّلي) ونادراً يرتبط بحالة مزمنة
متذبذب الحدة	يزيد تدريجياً وببطء
تزول أعراضه بزوال الأسباب المرضية	تسوء الأعراض وببطء
يحدث تدهور بالوعي	لا يحدث تدهور بالوعي

للهذيان المفاجئ أسباب عضوية يجب التعرف عليها ومعالجتها

تشخيص الهَذَيَان:

يتم تشخيص الهَذَيَان عندما يعاني المريض من تغير مفاجىء في الحالة العقلية بصورة متذبذبة، فيفقد قدرته على الانتباه، مع تدهور الوعي واضطراب التفكير.

والهَذَيَان حالة طبية حادة تستدعي التدخل السريع، وهي حالة قابلة للتحسن مع زوال السبب الطبي الطارئ، وقد يحدث الهَذَيَان كحالة طارئة لدى مرضى الخَرَف. والسير المعتاد لمراحل الإصابة بالهذيان الثانوي:

1. مشكلة صحية حادة.
2. هَذَيان.
3. بطء في التشخيص.
4. مضاعفات ناتجة عن الحالة الأولية والهَذَيان.
5. زيادة في الهَذَيان.

كيف يتعامل القائم على تقديم الرعاية مع حالات الهَذَيَان

1. أخذ التاريخ المرضي من أهل المريض، والتأكيد على معرفة كيف ومتى بدأت الحالة، وتطورها، والأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض في الفترة الاخيرة.
2. فحص سريري (إكلينيكي) كامل للمريض.
3. في جميع الأحوال يجب أن يُحَوَّل المريض إلى المستشفى بعد التأكد من أنه يعاني من الهَذَيَان.
4. للقائم على تقديم الرعاية دور هام جداً بعد زوال حالة الهَذَيان الحادة وتحسُّن المريض، وذلك لتجنب تكرار هذه الحالة مرة أخرى، وذلك من خلال:
   - متابعة الأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض، لضمان عدم حدوث مضاعفات مفاجئة تسبب هَذَيَان.
   - التثقيف الصحي للقائمين على رعاية المريض المصاب بالهّذَيان، مع ضرورة مرافقة المريض ومحاولة التواصل معه للمساهمة في استرجاع قدراته المعرفية.
   - مراجعة الأدوية التي يتناولها المريض ومحاولة تفادي تناوله لأدوية متعددة.

دور أعضاء فريق تقديم الرعاية لمريض الهَذَيان:

الممرضة: لها دور هام في رعاية المريض أثناء حالة الهَذَيَان، فتلاحظ حالة الوعي لديه، وتسجِّل حدوث تذبذب الأعراض، وإذا ما ترافقت بهلاوس أو ضلالات، كما تهتم بالتأكد أن المريض يتناول الغذاء والسوائل بكميات كافية، وتلاحظ التبرز والتبول، كما تقدم الدعم النفسي للمريض.

الاختصاصي الاجتماعي: يوجِّه أهل المريض إلى التصرف المناسب والمكان المناسب وتعليمهم وجوب مساندة المريض والعمل على تهدئته وتحسين إدراكه.

الصيدلي: يراجع الأدوية التي يتناولها المريض لتجنب تناوله لأدوية متعددة، وللأدوية التي تؤدي إلى الهَذَيَان.

ويتعرض مريض الهَذَيَان لمخاطر متعددة منها الجفاف نتيجة عدم القدرة على شرب كميات كافية من السوائل، واحتباس البول، وكلاهما يمكن أن يؤدي إلى زيادة حالة الهَذَيَان.

الوقاية من الهَذَيَان:

- تحديد عوامل الخطر في المُسِنّين.
- الوقاية من العدوى.
- الوقاية من الجفاف ومسبباته.
- علاج الألم بصورة سليمة.
- تلافي تناول أدوية متعددة.
- التحكم في الأمراض المزمنة لتلافي حدوث مضاعفات حادة.
- المتابعة الطبية المستمرة.
- ملاحظة عملية التبول والتبرز وتجنب أسباب احتباس البول والإمساك.

حالة للمناقشة الحالة 3-1 - ب

الاكتئاب واضطرابات القلق

Depression & Anxiety disorders

المفاهيم الخاطئة عن الاكتئاب والقلق في المُسِنّين:

1. الميل الى الاكتئاب أو الإفراط في القلق ظاهرة طبيعية مع كبر السن، وهذا غير صحيح، فالمُسِنّون أكثر اتزاناً عاطفياً.
2. في حال إصابة المُسِنّ باضطراب نفسي فإن استجابته للعلاج تكون محدودة، وهذا غير صحيح، فاستجابة المُسِنّين للمعالجة النفسية لا تقلّ عن استجابة غيرهم.

الاكتئاب Depression

يتراوح معدل انتشار الاكتئاب بصوره المختلفة في المُسِنّين بين 10 – 20 %.

ويظهر الاكتئاب في المُسِنّين في ثلاث صور:

1. الاكتئاب الصغير Minor depression
2. الاكتئاب الكبير Major depression
3. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar disorder

وهو غير شائع في المُسِنّين ويتذبذب المريض فيه بين أعراض الاكتئاب depression وأعراض الهَوَس mania.

تشخيص الاكتئاب الكبير:

يشخص الاكتئاب الكبير بوجود بعض الأعراض التالية لمدة لا تقل عن أسبوعين سابقين لإجراء التقييم، ويمثل وجود تلك الأعراض تغيراً حقيقياً لدى المُسِنّ وتأثيراً على أدائه الوظيفي.

ويتطلب تشخيص الاكتئاب الكبير وجود خمسة أعراض من الأعراض التالية، على أن يكون أحد تلك الأعراض الخمسة على الأقل من العرضين (1 أو 2).

1. المزاج الحزين.
2. فقد المتعة أو الاهتمام بالأنشطة المختلفة
3. نقص أو زيادة الشهية، أو نقص واضح أو زيادة ملحوظة في الوزن دون أن يكون ذلك مقصوداً.
4. زيادة أو قلة النوم.
5. الهياج أو التفاعل النفسي الحركي العنيف.
6. الشعور بالإجهاد وفقد الطاقة.
7. الشعور الغير مبرر بانعدام قيمة الذات أو بالذنب.
8. ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.
9. التفكير المتكرر في الموت، وفي الانتحار، والعزم على الانتحار، أو التخطيط له.

ويصعب تشخيص الاكتئاب الكبير لدى المُسِنّين للأسباب التالية:

- **يصعب تشخيص الاكتئاب في الكبار للآتى:**

1. اختباء أعراضه خلف الأعراض الجسدية التي يعاني منها المُسِنّون.

2. قلة شكوى المُسِنّين من المزاج الحزين أو من الشعور بالذنب.
3. تبادر التفكير بالموت لذهن الكبار، وخصوصاً منهم المرضى بأمراض خطيرة، والتي ليس لها علاقة بالاكتئاب.
4. تتشابه بعض الأعراض الجانبية للأدوية مع أعراض الاكتئاب.
5. تتشابه بعض الأمراض مع الصورة السريرية (الإكلينكية) للاكتئاب.
6. قد يصاحب الاكتئاب أعراض ذهانية psychotic symptoms، مثل الوُهام أو الضلال Delusion الذي يتعلق بالحالة الجسدية، مثل توهم الإصابة بمرض خبيث، وهوما يدفع المُسِنّ إلى التردُّد على العديد من الأطباء الذين قد لا يلتفتون إلى الاكتئاب.؟

مخاطر إصابة المُسِنّ بالاكتئاب

1. أثبتت الدراسات، وبالأخص على الرجال، أن التقدم في السن يزيد من خطر الانتحار.
2. فقد القدرة على أداء الأنشطة الوظيفية، والانعزال عن الحياة الاجتماعية.
3. قد يخفي الاكتئاب الإصابة بأمراض خطيرة أخرى. فقد يخفي الاكتئاب خلفه أحد الأمراض التالية:
   1. الخَرَف وبالأخص الألزهايمر
   2. سرطان البنكرياس
   3. الشلل الرعاش
   4. اضطرابات الغدة الكظرية أو الدرقية

الاضطراب الثنائي القطب

تشخيص الاضطراب الثنائي القطب

يشخص الاضطراب ثنائي القطب بملاحظة معاناة المريض من أعراض الاكتئاب وتناوبها مع أعراض الهوس Mania، ويشخص الهوس بوجود حالة مزاجية مرتفعة لدى المُسِنّ لمدة لا تقل عن أسبوع، بالإضافة إلى ثلاثة أعراض من الأعراض التالية:

1. قلة النوم.
2. التشتت في الذهن والتفكير.
3. الشعور بالعظمة وتعظيم الذات.
4. توهم وضلالات العظمة.
5. الاندفاع في الكلام.
6. تسابق الأفكار وتطايرها.
7. زيادة النشاط.
8. زيادة الرغبة الجنسية.

وعند رسم خطة المعالجة يجب تحديد ما إذا كان المريض يعاني من الاكتئاب فقط، أم يصاحبه أعراض ذُهانية مثل التوهمات والضلالات والهلاوس، فكل عرض من تلك الأعراض يتطلب أدوية خاصة به.

تقييم المُسِنّ لاكتشاف الاكتئاب

1. يجب تطبيق مقياس الاكتئاب للمُسِنّين.
2. يجب إتمام الفحص الشامل لاكتشاف الأمراض المصاحبة ومراجعة الأدوية والوقوف علي الحالة الوظيفية.

3. قد يعاني بعض مرضى الخَرَف من الاكتئاب، ولكن يصعب اكتشافه لتعذّر أخذ التاريخ المرضي منهم. لذا يجب على الاختصاصي النفسي تطبيق الأدوات التى تساعده على التشخيص عن طريق طرح بعض الأسئلة على الذين يقدمون الرعاية للمُسِنّ وعدم الاقتصار على سؤال المُسِنّ نفسه.

علاج الاكتئاب

- علاج نفسي.
- علاج دوائي.
- علاج بالصدمات الكهربائية.

ولا يعتبر التقدم بالسن مانعاً لاستخدام العلاج، بينما تنطبق موانع استعمال العلاج العامة على جميع المرضى، بما فيهم المُسِنّون.

أدوار أفراد الفريق الذي يقدم الرعاية للمُسِن المصاب بالاكتئاب

الاختصاصي النفسي: وهو أهم أفراد الفريق، وهو المسؤول عن تطبيق جلسات العلاج النفسي، وعن التواصل مع عائلة المريض وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته لهم. ويفضل استشارة اختصاصي في الطب النفسي للمُسِنّين أو إحالة المُسِنّ إليه لتقييم أعراض الاكتئاب عنده.

الصيدلي: ويهتم بمراجعة الأدوية وتأثيراتها الجانبية وتفاعلاتها مع بعضها البعض.

مؤشرات إحالة المُسِنّ إلى مستوى أعلى من الرعاية المتخصصة

1. القصور الوظيفي الحاد لدى المُسِنّ.
2. عقد المُسِنّ العزم على الانتحار.
3. احتياج المُسِنّ إلى أنواع أخرى من العلاج غير الدوائي.
4. عدم استجابة المُسِنّ للعلاج الدوائي.

اضطرابات القلق Anxiety disorders

تظهر اضطرابات القلق في المُسِنّين في الصور الاتية:

1. اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder وهو الأكثر شيوعاً.
2. اضطراب القلق الناجم عن مرض جسدي، وهو شائع في المُسِنّين.
3. نوبات الهلع Panic attacks.
4. أنواع الرُّهاب Phobias، مثل رُهاب الأماكن المغلقة ورهاب الحيوانات.
5. الاضطراب الوسواسي القهري Obsessive compulsive disorder
6. اضطراب الكرب التالي للرضّ Post traumatic stress disorder

تشخيص اضطراب القلق العام في المُسِنّين

1. شعور المُسنّ بالقلق الزائد حول بعض الأحداث أو الأنشطة المعتادة من قبل في معظم الأيام لمدة ستة أشهر أو أكثر.
2. صعوبة تحكم المُسنّ بهذا القلق.
3. وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:
   - اضطرابات النوم.
   - التوتر في العضلات.
   - الشعور بالتهيج.
   - الشعور بالتململ أو بالترَقّب الحَذِر.
   - صعوبة التركيز أو الشعور بفراغ الذهن.
   - سرعة التعب بسهولة.

لاستكمال التشخيص يجب أن يكون:

1. محور القلق ليس مرتبطاً بأمراض نفسية، وإنما هو مرتبط بشؤون الحياة اليومية، ويمكن أن يتحول من شأن لآخر، ولكن مع المبالغة فيه.
2. يسبب القلق والأعراض المصاحبة له معاناه حقيقية للمُسِنّ في شتى نواحي الحياة.
3. القلق ليس ناجماً عن الإدمان، أو عن الأعراض الجانبية لبعض الأدوية، أو عن الحالة الطبية. كما أنه لا يقتصر ظهوره على اضطرابات المزاج أو الذهان.

مخاطر الاصابة باضطرابات القلق

(1) مخاطر جسدية

- اضطرابات الجهاز الهضمي.
- اضطرابات النوم.
- الصداع.
- الشد العضلي.
- الإجهاد.
- والآلام غير المحدَّدة.
- وضعف القدرة على أداء الأنشطة الوظيفية.

(2) **مخاطر نفسسية**

- الإصابة بالاكتئاب.
- الإصابة بالاضطراب الثنائي القطب.
- إدمان المشروبات الكحولية.

تقييم المُسِنّ لتشخيص اضطرابات القلق

(1) أخذ القصة المرضية والتاريخ الشخصي للمُسِنّ.
(2) الفحص الطبي الشامل للمُسِنّ.
(3) مراجعة عادات المُسِنّ.
(4) مراجعة أدوية المُسِن.
(5) التحقق من غياب أعراض الانسحاب من الأدوية أو مواد الإدمان.
(6) تقييم الاكتئاب والقلق.

الأدوية والعادات الخاصة لدى المُسِنِّين والتي لها علاقة بالقلق

(1) تناول الكافيين والنيكوتين.
(2) تعاطي الكورتيزون.
(3) تعاطي منشطات الجهاز العصبي الودي.
(4) تعاطي هرمون الغدة الدرقية بجرعات كبيرة.
(5) تعاطي مضادات الاكتئاب وأدوية الذُّهان ومنشطات الجهاز العصبي.
(6) أعراض الانسحاب من تعاطي المشروبات الكحولية أو المهدئات أو المنومات.

أهم أدوار القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية هي تحديد التشخيص استناداً المبدئي إلى الأعراض والفحص السريري (الإكلينيكي)، وإلى استبعاد أسباب عضوية تؤدي لظهور أعراض القلق.

طرق علاج اضطرابات القلق عند المُسِنّين

(1) العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy للمُسِنّ إما بمفرده وإما مع مجموعة.
(2) العلاج الدوائي.

أدوار أفراد الفريق الذي يقدم الرعاية للمُسِنّ المصاب باضطراب القلق

الاختصاصي النفسي وهو المسؤول عن تطبيق جلسات العلاج النفسي، وعن التواصل مع عائلة المريض وشرح المرض وأعراضه ومضاعفاته لهم. ويفضل إستشارة اختصاصي في الطب النفسي للمُسِنذِين أو إحالة المريض إليه لتقييمه عند ملاحظة أعراض اضطرابات القلق.

الصيدلي: مراجعة الأدوية.

حالة للمناقشة الحالة 3-1- ج

مراجع استرشادية:

- Beers, MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station, NJ: Merck Research. Laboratories; 2000. available at http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html
- Epidemiology of Alzheimer's Disease: Occurrence, Determinates and strategies toward intervention. Dialogues in Clinical Neuroscience 2009,11(2): 111-128
  http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181909
  http://www.alzinfo.org/clinical-stages-of-alzheimers
- دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية)
- The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948
- Practical ambulatory Geriatrics. Yoshikawa TT, Cobbs EL& Smith KB (Editors) 2nd edition 1998 ISBN 0-8151-2449-X.
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York. McGraw-Hill Companies; 2009.
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips, 14th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2012.

الفصل (3-2) الأورام السرطانية في المُسِنّين

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يصحّح المفاهيم الخاطئة عن السرطان في المُسِنّين.
- يتعرّف على الاورام السرطانية وعوامل الخطر الأكثر شيوعاً في المُسِنّين.
- يرشد المُسِنّ إلى إجراءات الكشف المبكر عن الاورام وأعراضها المنذرة.
- يحدِّد أدوار أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في التعامل مع المُسِنّ المصاب بالسرطان في جميع مراحله
- يحدِّد مؤشرات إحالة المُسِنّ المصاب بالسرطان إلى مستوى أعلى من الرعاية.

حجم مشكلة السرطان لدى المُسِنّين:

يعد السرطان السبب الرابع للوفاة في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، باحتساب كل الاعمار، والسبب الثاني للوفاة لدى المُسِنّين، وهو من أكثر الأمراض انتشاراً بين المُسِنّين.

وأكثر الأورام السرطانية انتشاراً في المُسِنّين:

1- سرطان الثدي (للسيدات).
2- سرطان البروستات (للرجال).
3- سرطان الرئة.
4- سرطان القولون.
5- سرطان الرحم.
6- سرطان المثانة.

وبالرغم من انتشار السرطان بين المُسِنّين فإن من الممكن اتقاء العواقب المؤلمة في أكثر من 30% من مجموع حالات السرطان عموماً باتباع طرق وقائية واتخاذ اجراءات الكشف المبكر.

عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالسرطان

(1) التدخين.
(2) العادات الغذائية غير الصحية.
(3) قلة النشاط البدني.
(4) تعاطي المشروبات الكحولية.

مفاهيم خاطئة:

- **لا يمكن شفاء السرطان في المُسِنّين، ولا جدوى من اكتشافه المبكر**، وهذا غير صحيح، فالاكتشاف المبكر للأورام له أهمية قصوى لدى المُسِنّين، ويزيد من أمكانية العلاج والشفاء الكامل بأقل قدر من المضاعفات.
- **بعض الطرق العلاجية لا يمكن تطبيقها على مرضى السرطان المُسِنّين مثل العلاج الجراحي، والعلاج الإشعاعي، والعلاج الكيميائي، والعلاج الهرموني**، وهذا غير صحيح، فلا يستثنى مرضى الأورام المُسِنّين من أي طريقة علاجية، ولكنهم يخضعون مثل المرضى الآخرين إلى تقييم لمدى الاستفادة منها في كل مرحلة.
- **تقدُّم عمر المريض هو العامل الأساسي في رسم خطة العلاج**، وهذا غير صحيح، فالخطة العلاجية لمرضى الأورام المُسِنّين تعتمد على:

1- نوع السرطان ودرجته وموضعه.

2- الحالة الصحية العامة للمُسِنّ والأمراض المصاحبة للسرطان.
3- الحالة الوظيفية للمُسِنّ.
4- الظروف الاجتماعية المحيطة بالمُسِنّ.
5- مأمول حياة المُسِنّ أكثر أهمية من عمر المريض في اتخاذ قرار العلاج..

- **لا جدوى من التقييم الشامل للمُسِنّ المصاب بالسرطان خاصة في مراحل المرض المتأخرة**، وهذا غير صحيح، فللتقييم الشامل للمُسِنّ دور أساسي في جميع مراحل السرطان، بدايةً من تحديد أسلوب العلاج والهدف منه، إلى اكتشاف المعوقات أمامه، ووضع أسلوب لمعالجتها، وانتهاءً بمتابعة العلاج ومدى نجاحه في الحفاظ على جودة حياة المُسِنّ وحالته الوظيفية إلى أقصى درجة.
- **السرطان لدى المُسِنّين يكون أقل حدة وشدة من باقي الفئات العمرية**، وهذا غير صحيح، فبعض أنواع السرطان تزداد شدتها مع تقدم العمر.

والتقييم الشامل للمُسِنّين له دور محوري في الكشف عن المرضى المسِنّين المعرضين لخطر الإصابة بالسرطان، والتشخيص المبكر، ووضع أولويات العلاج، ومتابعة المريض.

أدوار أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمرضى المُسِنّين المصابين بالسرطان

1- الوقاية:

- التثقيف الصحي لجميع الفئات العمرية بأهمية الاكتشاف المبكر للأورام وكيفيته.
- التثقيف الصحي حول طرق الوقاية من بعض أنواع السرطان.
- التثقيف الصحي للمُسِنّ وعائلته حول الأعراض المبكرة لبعض الأورام التي تنتشر في المُسِنّين والاهتمام بالأعراض الغير النمطية.
- تطبيق إجراءات الاكتشاف المبكر للأورام.

2- التشخيص:

- تشخيص المرضى الذين لديهم عوامل خطر لبعض أنواع السرطان ووضع خطة الوقاية والمتابعة.
- الأخذ في الاعتبار الحالات المشتبه في إصابتها، واتخاذ الإجراءات اللازمة للتشخيص المبدئي.
- التشخيص المبدئي للأورام، وتحديد أولويات الخطة العلاجية، وتوقيت إحالة المريض إلى اختصاصي علاج الأورام.
- التشخيص المبدئي للسرطان يتم في الرعاية الصحية الأولية.

3- العلاج:

- التقييم الشامل للمُسِنّ هو المحدّد الأساسي للخطة العلاجية ولمعوقاتها، والمؤشر الرئيسي في تحديد الهدف منها، سواءً كان للشفاء أو لتلطيف الأعراض، ويمكن تقسيم المُسِنّين نتيجة التقييم إلى المجموعات التالية:
  - في المجموعة الأولى المُسِنُّون الأصحاء.
  - في المجموعة الثانية المُسِنُّون الذين يعتمدون اعتماداً جزئياً على غيرهم في تأدية أنشطة الحياة اليومية مع عدم وجود أكثر من مرضين اثنين من الأمراض المصاحبة. ويستند القرار في مرضى المجموعة الثانية على مأمول الحياة المتوقع، وما إذا كان أقل من المأمول مع السرطان إذا ترك السرطان دون علاج، وإذا كان بإمكانه تحمل علاج السرطان.
  - المجموعة الثالثة المُسِنُّون المصابون بالضعف الشديد، والذين يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم في تأدية أنشطة الحياة اليومية، مع ثلاثة أو أكثر من الأمراض المصاحبة أو احد متلازمات الشيخوخة.

- علاج الأمراض المزمنة والحادة لدى المريض والتي قد تتعارض مع علاج السرطان والسيطرة عليها.
- يكون الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمرضى المُسِنّين المصابين بالسرطان حلقة الوصل بين المريض ومستويات الرعاية المختلفة الصحية والاجتماعية الأخرى.
- الرعاية النهائية للمرضى ولأسرهم في مراحل السرطان المتقدمة تكون بالتعاون مع الرعاية التلطيفية.

4- المتابعة :

- متابعة المريض أثناء العلاج، وبعداستكماله، وإعادة تقييم الخطة العلاجية تبعاً للمتغيرات التي تطرأ على المريض والظروف المحيطة به، وذلك بالتعاون مع اختصاصي الاورام.
- إن جودة حياة المُسِنّين والحفاظ على كفاءة حالتهم الوظيفية هو الهدف الأساسي لجميع القائمين على تقديم الرعاية الأولية في مراحل المرض المختلفة.

الكشف المبكر للأورام ذات الأعراض الغير النمطية

1- فقدان الشهية مع أو بدون فقدان الوزن دون سبب واضح.
2- التوعك أو الخمول مع عدم وجود سبب واضح.
3- الحمى أو التعرق.
4- الحكة المعممة.
5- صعوبة في التنفس.
6- ألم العظام.
7- تضخم الغدد الليمفاوية.
8- الالتهابات المتكررة.

أهم الأعراض المنذرة بوجود سرطان:

1- صعوبة البلع.
2- البول الدموي.
3- النزيف الشرجي.
4- نفث الدم.

إن اتخاذ القرار بإحالة المريض إلى اختصاصي بعد استكمال التقييم الشامل للمُسِنّ ومراجعة أولويات الخطة العلاجية ومناقشة فوائدها ومخاطرها مع المريض والقائمين على رعايته.

الكشف المبكر عن الأورام قبل ظهور الأعراض

نوع الورم	العمر عند بداية الفحص	أسلوب الفحص	معدل تكرار الفحص	انتهاء الفحص
سرطان الثدي	50 عاماً (40 عاماً عند وجود عوامل خطورة)	تصوير الثدي	عامين	74 عاما
سرطان القولون	50 عاماً	الدم الخفي في البراز أو منظار المستقيم أو منظار القولون	سنوياً 5 سنوات 10 سنوات	75عاما

ولا جدوى عن الكشف المبكر عن سرطان البروستات إلا في حالة وجود أعراض[1].

حالة للمناقشة: الحالة 3-2

مراجع استرشادية:

- Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010 Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen Flaherty Mosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- Strategy for cancer prevention and control in the Eastern Mediterranean Region 2009–2013. Organizations: World Health Organisation. Year: 2009
- Suspected cancer in primary care; guidelines for investigations , referrals and ethnic disparities Published by: New Zealand Guidelines Group :Guidelines reducing ethnic disparities

[1] http://www.uspreventiveservicestaskforce.org

الفصل (3-3) ضعف الحواس في المُسِنّين

ضعف السمع وضعف الإبصار

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على التغيرات الطبيعية للحواس مع تقدم العمر.
- يميّز بين التغيرات الطبيعية والمرضية.
- يدرك تأثير ضعف الحواس على المُسِنّ وكيفية التعامل معه.
- يتعرّف على أسباب إحالة المُسِنّ إلى اختصاصي بالسمع أو بالإبصار.
- يدرك أهمية دور الرعاية الصحية الأولية في توفير الرعاية المتكاملة للمُسِنّين المصابين بضعف الحواس.

يعتبر ضعف السمع والإبصار من أهم التغيرات التي تحدث مع تقدم العمر، ويؤثر تأثيراً مباشراً على الحياة اليومية للمُسِنّ، وعلى استقلاليته وقدرته على الاعتماد على نفسه. ويعتبر ضعف السمع ثالث أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً لدى المُسِنّين، حيث تبلغ نسبته 16% لدى المُسِنّين الأكبر من 60عاماً، وتصل إلى 64% لدى المُسِنّين الأكبر من 80 عاماً.

أهمية ضعف السمع وتأثيره:

1- يؤدي ضعف السمع لدى المُسِنّ إلى صعوبة التواصل مع البيئة المحيطة به مما يدعوه إلى العزلة والاكتئاب.

2- يعرض ضعف السمع لدى المُسِنّ المصاب به إلى المخاطر، حيث يصعب عليه تمييز ومعرفة مصادر الصوت، ومنها أصوات الإنذار أو التنبيه.

3- يؤدي ضعف السمع لدى المُسِنّ إلى فقد الاستقلالية وزيادة الاعتماد على الآخرين في أنشطة الحياة اليومية.

التغيرات التي تحدث في السمع مع تقدم العمر:

1- تنكُّس الخلايا العصبية بالأذن الداخلية.

2- تكلُّس الأغشية والألياف العصبية الحسية في الأذن الداخلية.

3- تنكُّس الخلايا السمعية بالمخ.

تؤدي تلك التغيرات إلى:

1- صعوبة سماع الأصوات النقية.

2- صعوبة تمييز الأصوات.

3- صعوبة تمييز الكلام وفهمه.

مفاهيم خاطئة:

1- **الإعاقة السمعية هي تغير طبيعي يظهر مع تقدم العمر**، وهذا خطأ، فضعف السمع هو التغير الطبيعي مع تقدم العمر وليس الإعاقة السمعية، ولكن يمثل المُسِنّون حوالي 50% من البالغين الذين لديهم إعاقة سمعية.

2- **المُسِنّ المصاب بضعف السمع عادة ما يشكو من هذا الضعف.** وهذا خطأ، لأن المُسِنّ قد يشعر بوجود قصور في تأدية أنشطة حياته اليومية، ولكنه عادة لا يدرك أن ذلك من الممكن أن يكون مرتبطاً بضعف السمع، وأحيانا يعتبر المُسِنّ ضعف السمع تغيراً طبيعياً يطرأ مع تقدم العمر ولا علاج له.

3- لا يؤدي استخدام سماعة الأذن لفائدة في المُسِنّين. وهذا خطأ. فسماعة الأذن من الوسائل المساعدة التي تحسن جودة حياة المُسِنّين بوضوح.

دور القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية

إن القائم على تقديم الرعاية لصحية الأولية هو المحطة الأولى والأساسية لمكافحة الإعاقة السمعية.

تشخيص ضعف السمع:

1- يجب سؤال المُسِنّ مباشرة عن وجود ضعف في السمع مثلاً في التجمعات أو عبر الهاتف ومتابعة التلفزيون.

2- فحص الأذن لتحديد الأسباب التي يمكن علاجها مثل التهاب الأذن الوسطى وانسداد القناة السمعية.

3- التفرقة بين ضعف السمع الانسدادي وضعف السمع الناتج عن ضمور الأعصاب.

4- الكشف المبكر لضعف السمع، ويهدف إلى التفرقة بين ضعف السمع البسيط وضعف السمع الذي يصل إلى حد الإعاقة وذلك بواسطة:

- مقياس السمع.
- استبيان الإعاقة السمعية للمُسِنّ Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE) الذي يهدف إلى معرفة تأثير ضعف السمع على الحالة الوظيفية للمُسِنّ[2].

المتابعة: يجب تقييم السمع بصورة دورية سنوياً لضمان الاكتشاف المبكر لضعف السمع.

مؤشرات الإحالة إلى اختصاصي بالسمع:

1- ضعف السمع الحاد أو المفاجئ مع وجود مرض بالأذن، تتم الإحالة إلى اختصاصي بأمراض الأذن بصورة عاجلة.

2- ضعف السمع الحاد المفاجئ مع عدم وجود مرض بالأذن، تتم الإحالة إلى اختصاصي سمعيات بصورة عاجلة.

3- الكشف السريري (الإكلينيكي) أوضح وجود مرض بالأذن يمكن علاجه، تتم الإحالة إلى طبيب اختصاصي بأمراض الأذن بصورة عاجلة.

4- ضعف السمع نتيجة ضمور الأعصاب، تتم الإحالة إلى اختصاصي سمعيات لتقييم الاحتياج إلى سماعة أذن.

---

[2] http://www.earaudiology.com/hhie.pdf

ضعف الإبصار vision impairment

يعتبر ضعف الإبصار وتأثيره على الحياة الوظيفية للمُسِنّ من التغيرات الطبيعية مع تقدم العمر.

أهمية ضعف الإبصار وتأثيره:

1- ضعف الإبصار له تأثير مباشر على جودة حياة المُسِنّ وقدرته على تأدية أنشطة الحياة اليومية.

2- زيادة تعرض المُسِنّ إلى السقوط المتكرر والإصابات.

3- الاكتئاب والعزلة.

مفاهيم خاطئة:

1- **ضعف حدة الإبصار هو المؤشر الجيد لتحديد قوة الإبصار**، وهذا خطأ، بل على العكس من ذلك، ففحص حده الإبصار يجرى دائماً في ظروف قياسية بعيدة عن الواقع الحقيقي.

2- **عدم وجود قصور في حدة الإبصار يعنى عدم وجود ضعف بالإبصار**، وهذا خطأ، والصحيح هو أن حساسية الإبصار للإضاءة المتوهجة والإضاءة الخافتة أكثر دلالة على ضعف الإبصار من قياس حدة الإبصار.

3- **الاستعانة بالنظارة الطبية أو ما يماثلها يكفي لتصحيح عيوب الإبصار وتأثيرها على الحياة الوظيفية للمُسِنّ.** وهذا خطأ، إذ لا يكفي تصحيح عيوب الإبصار لتلافي تأثير ضعف الإبصار على المُسِنّ، ولابد من تكاتف فريق العمل مع المريض والعائلة والقائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية واختصاصي العيون واختصاصي العلاج الوظيفي، للوصول الى أقصى درجة من التكيف والاستقلالية.

إن تقييم تأثير ضعف الإبصار على الحالة الوظيفية للمُسِنّ هو أساس خطة العلاج وليس قياس حدة الإبصار. فهناك بعض الأمراض التي لا تؤثر على الإبصار في مراحلها الأولى، ولكن يجب تشخيصها وعلاجها في مراحل مبكرة، مثل أمراض الشبكية وارتفاع ضغط العين.

أدوار أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين الذين يعانون من ضعف الإبصار:

1- يقتصر دور القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين الذين يعانون من ضعف الإبصار على القياس المبدئي لحدة الإبصار، والسؤال عن حساسية الإبصار في الإضاءة الوامضة وفي الإضاءة الخافتة، ويجب الاستعانة باختصاصي في طب العيون لتقييم ضعف الإبصار في المُسِنّين باستخدام أجهزة خاصة.

2- المشاركة في الخطة المتكاملة لتأهيل المُسِنّ المصاب بضعف الإبصار للوصول لأقصى درجه من الاستقلالية في تأدية أنشطة الحياة اليومية، ويعتبر إعادة تقييم البيئة المحيطة بالمُسِنّ وتعديلها من أهم التدخلات لمواجهة ضعف الإبصار لديه، مثل زيادة الإضاءة وتقليل الومضان. أما المُسِنُّون الذين يعانون من عوامل خطورة تؤثر على الإبصار فيجب أن يراجعوا اختصاصيين في طب العيون بصورة دورية.

أهم عيوب الإبصار في المُسِنّين:

1- تنكُّس شبكية العين.

2- السادّ أو الكتاراكت أو المياه البيضاء أو تكثف عدسة العين.

3- ارتفاع ضغط العين أو الزَرَق أو الغلوكوما أو المياه الزرقاء.

حالة للمناقشة الحالة 3-3

مراجع استرشادية:

- Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen Flaherty Mosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007) ISBN-10: 0387323244
- Lichtenstein MJ, Bess FH, Logan SA. Validation of screening tools for identifying hearing-impaired elderly in primary care. JAMA. 1988; 259: 2875-2878.
- World Health Organization, “Primary Ear and Hearing Care,” March2011 Available at
- http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/en/index.html.

الفصل (3-4) تَخَلْخُل العظام Osteoporosis في المُسِنّين

الدكتورة شيرين موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يشخِّص تَخَلْخُل العظام.
- يتعرّف على عوامل الخطر للإصابة بتَخَلْخُل العظام.
- يدرك مضاعفات الإصابة بتَخَلْخُل العظام.
- يرشد المُسِنّ لطرق الوقاية والعلاج من تَخَلْخُل العظام
- يحدد أدوار باقى أفراد الفريق في رعاية المُسِنّ المصاب بتَخَلْخُل العظام.

تَخَلْخُل العظام هو أحد الأمراض الشائعة في المُسِنّين، ويعرف بحدوث:

- نقص كتلة العظام.
- تغير البنيان المعماري الدقيق للعظام وجودة العظام.
- زيادة معدلات حدوث الكسور المختلفة.

يمكن الإقرار بوجود تَخَلْخُل العظام في حال حدوث كسور في أي عظم من عظام الجسم نتيجة إصابات طفيفة لا تؤدي عادة لإحداث تلك الكسور.

ووفقا لما سبق، فإن تَخَلْخُل العظام قد يعرف عند حدوث الكسور، وهي مرحلة متأخرة من المرض نهدف إلى الوقاية من الوصول إليها.

من أجل هذا أصبح التعريف التعريف المتداول بمنظمة الصحة العالمية **لتَخَلْخُل العظام** هو انخفاض معدل كثافة العظام عن 2.5 انحراف معياري مقارنة بالبالغين وذلك ليتضمن عنصر الاكتشاف المبكر ومنع المرض. ويستخدم هذا التعرف لتشخيص إصابة النساء نظراً لكونهن الأكثر عرضة للإصابة بتَخَلْخُل العظام، ولكنه يستخدم أيضاً لتشخيص إصابة الرجال.

أما قلة العظام Osteopenia فهي انخفاض في معدل كثافة العظام يتراوح بين 1 إلى 2.5 انحراف معياري مقارنة بالبالغين. بينما **كثافة العظام الطبيعية** لا يتجاوز انخفاضها انحرافاً معيارياً واحداً مقارنة بالبالغين.

المفاهيم الخاطئة عن تَخَلْخُل العظام

1. **الألم من أهم أعراض تَخَلْخُل العظام الألم.** وهذا غير صحيح، فتَخَلْخُل العظام غير مؤلم، والكسور هي الأعراض الأولى له.
2. **آلام المفاصل وأسفل الظهر تعني الإصابة بتَخَلْخُل العظام.** وهذا غير صحيح، فتَخَلْخُل العظام لا يسبب تلك الآلام إلا إذا حدثت الكسور، فهي الأعراض الأولى له.
3. **تناول المريض لمنتجات الألبان بكثرة يغنى عن المكملات الغذائية من الكالسيوم وفيتامين D.** وهذا غير صحيح، فالوقاية من تَخَلْخُل العظام تزداد بتناول المكملات الغذائية من الكالسيوم وفيتامين D.
4. **الرياضة تضر بتَخَلْخُل العظام لأن المريض لا يستطيع تحمُّلها.** وهذا غير صحيح، فالرياضة من عوامل الوقاية من تَخَلْخُل العظام.

عوامل الخطر للإصابة بتَخَلْخُل العظام

(1) قلة النشاط الجسدي.
(2) التقدم في العمر.
(3) نقص الوزن.
(4) تناول بعض الأدوية مثل الكورتيزون.
(5) الإصابة ببعض الأمراض مثل سوء الامتصاص.
(6) وجود تاريخ مرضي عائلي.
(7) نقص الهرمونات بعد سن اليأس لدى السيدات.
(8) نقص الهرمونات لدى الرجال.
(9) نقص الكالسيوم.
(10) نقص الفيتامين D.
(11) تعاطي المشروبات الكحولية.
(12) التدخين.

ويعد نقص فيتامين D من أهم العوامل التي تؤدي إلى تَخَلْخُل العظام، والتي لا يتم الإلتفات إليها، ويجدر الإشارة إلى أن مسؤولية فيتامين D لا تقتصر على تَخَلْخُل العظام، ولكنه مسؤول أيضاً عن السقوط المتكرر، وضمور العضلات، بل وعن بعض أمراض القلب وفقر الدم وغيرها.

عوامل الخطر لحدوث الكسور

1. حدوث كسر سابق لدى المريض أو لدى أحد أقربائه من الدرجة الأولى.
2. الاكتئاب.
3. الخرف.
4. الفشل الكلوي.
5. تعاطي المشروبات الكحولية.
6. التدخين.
7. الوهن.
8. ضعف الإبصار.
9. السقوط المتكرر.
10. قلة النشاط الجسدي.
11. نقص الكالسيوم في الغذاء.
12. انقطاع الدورة الشهرية قبل سن 45.
13. مؤشر كتلة الجسم أقل من 20.
14. زيادة نشاط الغدة الدرقية.
15. تناول بعض الأدوية التي تؤدي إلى تَخَلْخُل العظام مثل الكورتيزون، وأدوية الصرع، والليثيوم، ومثبطات تجلط الدم (الهيبارين).

مضاعفات تَخَلْخُل العظام

- حدوث الكسور إثر التعرض لإصابات بسيطة لا تحدث كسور عادة.
- تأخر التئام الكسور وفشل تثبيتها جراحياً.
- المكث في السرير لفترات طويلة نتيجة الكسور أو الخوف من السقوط أثناء المشي ومن التعرض للكسر.

- ازدياد نسبة تَخَلْخُل العظام والتعرض لجلطات الساق والرئة وقرحات الفراش وغيرها من مضاعفات المكث لفترة طويلة في الفراش.
- فقد المُسِنّ للقدرة على أداء وظائفه واستقلالية وازدياد اعتماده على الآخرين لخدمته.

تشخيص تَخَلْخُل العظام:

يوصى بن يجري المُسِنّون والمسنات قياس كثافة العظام في الحالات التالية:

1. السيدات بعد سن الخامسة والستين.
2. السيدات أقل من الخامسة والستين ولكن لديهم أكثر من عامل خطورة لتَخَلْخُل العظام.
3. جميع الرجال بعد سن السبعين.
4. الرجال الذين يظهرون عوامل خطورة لتَخَلْخُل العظام أو حدث لهم كسر بعد سن الخامسة والستين.
5. المرضى الذين يعالجون بتناول الكورتيزون لفترة ستة أشهر أو أكثر.
6. السيدات والرجال الذين يتلقون علاجا لتَخَلْخُل العظام بهدف المتابعة الطبية.
7. يتم تكرار المقياس كل ثلاث سنوات اذا كان المُسِنّ مصابا بترقق العظام عند إجراء أول قياس، وتكراره كل خمس سنوات لدى المُسِنّين الأصحاء.

وتُقْرأ النتائج وتُفَسَّر ويوضع التشخيص وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية.

الوقاية والعلاج:

توصيات الوقاية من الإصابة بتَخَلْخُل العظام وقلة العظام

- **توصيات لمرضى قلة العظام**

- استخدام الأدوية المضادة لقلة العظام.
- تناول 1500 ميلي غرام من الكالسيوم و800 وحدة دولية من فيتامين D يومياً كمكملات غذائية.
- ممارسة الرياضة مثل المشى 45 دقيقة ثلاث مرات إسبوعياً على الأقل.

- **توصيات للوقاية من تَخَلْخُل العظام**

- الإقلاع عن التدخين.
- التوقف عن تعاطي المشروبات الكحولية.
- الإقلال من الكافيين.
- ممارسة الرياضة ولاسيما رياضة القوة والاتزان وقياس كثافة العظام لمن تنطبق عليه التوصيات للقياس.
- تناول الليمون والبرتقال مع الأطعمة التي تحتوى على الكالسيوم لمساعدة الامتصاص.
- تناول 1200 ميلي غرام من الكالسيوم و400 - 800 وحدة دولية من فيتامين د يومياً.

أدوية علاج تَخَلْخُل العظام

- أدوية الوقاية من تنكُّس العظام.
- أدوية لبناء العظام.

ومنها العلاج الهرموني التعويضي للسيدات بعد انقطاع الدورة الشهرية وهرمون الغدة المجاورة للدرقية.

دواعي استعمال أدوية الوقاية من تنكُّس العظام

- السيدات المصابات بقلة العظام ومعرضات لمخاطر الإصابة بالكسور وفقاً لأداة منظمة الصحة العالمية[3]
- الاحتياج لتعاطي الكورتيزون بجرعة تزيد على 5 ميلي غرام بريدنيزون أو ما يعادل هذه الجرعة لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر مع وجود عوامل خطورة لحدوث الكسور وقلة العظام.

أدوار أفراد الفريق الطبي الذي يقدم الرعاية للمُسِنّ المصاب بتَخَلْخُل العظام

1. **اختصاصي التغذية:** يرشد المُسِنّ لبرامج غذائية مختلفة تحتوي على نسبة عالية من الكالسيوم وفيتامين د.
2. **اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل:** يرشد المُسِنّ للتمارين الرياضية الملائمة.
3. **المعالج الوظيفي:** يهيئ البيئة المحيطة بالمُسِنّ ويرشده لكيفية تجنب السقوط.

حالة للمناقشة:

انظر الحالة 3-4

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2012, 14th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- WHO. WHO SCIENTIFIC GROUP ON THE ASSESSMENT OF OSTEOPOROSIS AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL. Summary Meeting Report. Brussels, Belgium, 5-7 May 2004.
- Srivastava M , Deal C. Osteoporosis in elderly: prevention and treatment. Clin Geriatr Med 2002; 18:529– 555

[3] **WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX)** http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?location%20value=2

الفصل (3-5) السقوط المتكرر Recurrent Falls في المُسنّين

الدكتورة شيرين موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يحدّد مَنْ هو المُسِنّ الذي يجب تقييمه بسبب السقوط ومتى وكيفية التقييم.
- يجري اختبار تقييم السقوط.
- يدرك مضاعفات السقوط المتكرّر على المُسِنّ.
- يتعلم كيفية تجنب السقوط وأدوار أفراد الفريق في ذلك .

تتعرض نسبة كبيرة من المُسِنّين الى السقوط المتكرر، وتقترب تلك النسبة من 40% من المُسِنّين في المجتمع، وإن كانت تلك النسبة تتغير من مكان لآخر ووفق طرق إجراء الدراسة وطرق التقييم المتبعة.

تعريف السقوط

السقوط هو حدث يصيب المُسِنّ بصورة غير متوقعة، عندما يرتطم جسمه بالأرض بمستوى أخفض من المستوى الذي كان عليه، حتى وإن كان جالساً.

المفاهيم الخاطئة عن السقوط:

- **السقوط المتكرر يعد ظاهرة طبيعية لدى المُسِنّين.** وهذا خطأ، وينبغي التعرف على أسبابه في البيئة المحيطية وفي الأحوال الصحية للمُسِن وتوقي حدوث ما يمكن توقيه منها.
- **أفضل وسيلة لوقاية المُسِنّ من السقوط هي الحد من حركته.** وهذا خطأ، وتوقي حدوث السقوط يكون بالتعرف على أسبابه في البيئة المحيطية وفي الأحوال الصحية للمُسِن، وتصليح ما يمكن تصليحه منها.
- **السقوط بالضرورة يعني وقوع المُسِنّ على الأرض من وضع الوقوف،** وهذا خطأ، إذ يمكن للمُسِنّ أن يقع من وضعية الجلوس.

تقييم السقوط:

1. يبدأ تقييم المُسِنّ بسبب السقوط في الأحوال التالية:
   - إذا لوحظ عليه صعوبة الاتزان.
   - إذا سقط مرة واحدة خلال ستة أشهر مضت.
   - إذا سقط مرتين أو أكثر خلال العام السابق.
2. كيفية تقييم السقوط:

تقييم البيئة: الإضاءة والأرضيات.

الفحص السريري (الإكلينيكي):

- الفحص الشامل: اكتشاف الأمراض التي تزيد من احتمال السقوط.
- اختبار توقيت النهوض والتحرك (TUG)[4].

[4] TUG = (Timed Up and Go Test)

التاريخ المرضي:

- **أمراض تؤدي للسقوط:**
  - أمراض الجهاز العصبي
  - أمراض الجهاز الحركي والهيكلي
  - ضعف الحواس
- **أدوية تؤهب للسقوط:**
  - أدوية الاعتلالات العصبية والنفسية.
  - الأدوية الخافضة للضغط.

3. **تحليل ظروف وملابسات السقوط السابق**

- دراسة ظروف وملابسات حدوث السقوط السابق.
- التعرف على الأعراض قبل وبعد وأثناء السقوط.
- التعرف على الإصابات التي نتجت عن السقوط ومدى شدتها وكيفية معالجتها وهل احتاجت إلى الدخول إلى المستشفى.

4. مضاعفات السقوط المتكرر في المُسِنّين

- أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب.
- الخوف من تكرار السقوط.
- فقدان الاستقلالية والتأثير السلبي على الحياة.
- قلة النشاط والحركة وزيادة الاعتماد على الآخرين.
- التعرض للكسور ولا سيما بوجود تَخَلْخُل العظام.
- الحد من الأنشطة الاجتماعية خوفاً من الإحراج بالسقوط.

أدوار الأفراد في فريق الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ في علاج السقوط المتكرر

الوقاية من السقوط المتكرر لدى المُسِنّ

1. **القائم على تقديم الرعاية الأولية:**

- تقييم ومعالجة الأمراض المرتبطة بالسقوط وتحديد احتياج المُسِنّ لاستشارة الاختصاصيين.

2. **اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل:**

- وضع برنامج رياضي للمُسِنّ يساعد على منع السقوط ويتضمن خاصة رياضات الاتزان والمقاومة التي أثبتت فاعليتها في الوقاية من السقوط.

3. **الصيدلي:**

- معاونة الطبيب في مراجعة الأدوية وإيقاف أو استبدال الأدوية التي يمكن أن تؤدى للسقوط مثل المهدئات إن أمكن.

4. **اختصاصي العلاج الوظيفي:**

- مساعدة المُسِنّ في أداء أنشطته اليومية بأقل خطر ممكن يعرضه للسقوط، وذلك بتقييم البيئة المحيطة بالمُسِنّ، ومدى ملاءمتها له، وما هي المخاطر التي تؤدي للسقوط في تلك البيئة، مثل ضعف الإضاءة والأرضيات الزلقة، وتهيئتها لأداء أنشطته بأمان، مع تدريب المُسِنّ على الطرق الأمثل لممارسة تلك الأنشطة.

حالة للمناقشة: الحالة 3-4

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2012, 14th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- WHO. WHO SCIENTIFIC GROUP ON THE ASSESSMENT OF OSTEOPOROSIS AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL. Summary Meeting Report. Brussels, Belgium, 5-7 May 2004.
- Srivastava M , Deal C. Osteoporosis in elderly: prevention and treatment. Clin Geriatr Med 2002; 18:529– 555

الفصل (3-6) سلس البول في المُسِنّين

- سلس البول الإجهادي
- سلس البول الإلحاحي

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يعرف التغييرات الفيزيولوجية المصاحبة للشيخوخة في الجهاز البولي.
- يتعامل مع المفاهيم الخاطئة حول سلس البول.
- يفهم تعريف وأنواع وحجم مشكلة سلس البول لدى المُسِنّين.
- يعدِّد عوامل الخطر في سلس البول.
- يدرك دور القائم على رعاية المُسِنّ في التعامل مع سلس البول.
- يتعرف على أدوار أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ المصاب بسلس البول.

التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للشيخوخة في الجهاز البولي:

- زيادة نشاط المثانة البولية ولكن مع ضعف انقباضها.
- تضخم البروستات في الذكور.
- ضمور مجرى البول في السيدات، وهو من أعراض انقطاع الطمث، وهبوط الرحم.
- زيادة كمية البول اليومي وزيادة كمية البول المتبقية في المثانة بعد التبول.
- ضعف القدرة على حبس البول وتأجيل التبول.
- انخفاض سعة المثانة البولية.

المفاهيم الخاطئة حول سلس البول:

- **سلس البول ظاهرة طبيعية مع تقدم السن،** وهذا خطأ، لأن سلس البول مرض، وليس له علاقة بتقدم السن، ولكن بعض التغيرات المصاحبة للشيخوخة قد تزيد من فرص حدوثه.
- **سلس البول مشكلة بسيطة وليس له علاج،** وهذا خطأ، لأن بعض أنواع سلس البول يمكن الشفاء منها نهائياً، وبعض الأنواع الأخرى يمكن تحسين الشكوى منها، وبالتالي تحسين جودة الحياة، لأن سلس البول قد يسبب مضاعفات كثيرة.

تعريف سلس البول:

سلس البول هو فقدان القدرة على التحكم في إفراغ البول بكمية أو بتكرر مقبول صحياً واجتماعياً، ويسبب سلس البول بذلك للمصاب به مشاكل صحية أو اجتماعية.

حجم مشكلة سلس البول لدى المُسِنّين:

يصيب سلس البول حوالي خُمُس المُسِنّين المقيمين بمنازلهم، وحوالي نصف المُسِنّين المقيمين بدور المُسِنّين.

العوامل المؤثرة في التحكم في إفراغ البول:

- جهاز بولي صحيح.
- تحكم عصبي سليم.
- توافر حافز نفسي.
- أداء وظيفي حركي ملائم.
- ظروف بيئية ملائمة.

أنواع سلس البول:

ينتج سلس البول مثل أغلب أمراض المُسِنّين عادة من عدة أسباب متداخلة. ويمكن تقسيمه بعدة طرق، منها:

- سلس بول حاد مؤقت Acute transient إذا مرَّ عليه أقل من ستة أسابيع.
- سلس بول مزمن مترسخ Chronic established إذا مرَّ عليه أكثر من ستة أسابيع.
- يتحول سلس البول الحاد إلى مزمن إذا مرَّ عليه ست أسابيع.

أسباب سلس البول الحاد المؤقت

- الهذيان وأسبابه من الأمراض ومن تناول الأدوية.
- احتباس البول بسبب انسداد أو ارتخاء المثانة نتيجة الأمراض وتناول الأدوية.
- صعوبة الحركة واستخدام الوسائل التي تقيّد الحركة.
- الإمساك وتحجر البراز.
- عدوى الجهاز البولي وأي عدوى أخرى بالجسم.
- كثرة التبول بسبب الإصابة بالسكري، وبسبب كثرة تناول السوائل، وبسبب فشل أو قصور القلب، وقصور الأوردة في الأطراف السفلية، وارتفاع كالسيوم الدم، وتناول الأدوية المُدِرَّة للبول، ولاسيما عند تناول أدوية متعددة.

أنواع سلس البول المزمن

يتم تقسيم سلس البول المزمن من الناحية لسريرية (الإكلينكية) أو حسب الأعراض المصاحبة له إلى الأنواع التالية:

- سلسل البول بسبب الإجهاد أو التوتر أو الشدّ Stress incontinence: وهو يحدث نتيجة زيادة الضغط في البطن والحوض مثل ما يحدث عند الضحك أو السعال أو العطاس، وسببه ارتخاء أو فشل العضلة المعصرة لعنق المثانة، وهو شائع عند السيدات المُسِنّات.
- سلس البول بسبب الإلحاح Urge incontinence: وفيه يظهر شعور يصعب مقاومته بالإلحاح للتبول، أو شعور مفاجئ بأن البول على وشك الخروج، مع خروج كمية صغيرة أو كبيرة منه. وسببه زيادة في نشاط المثانة البولية نتيجة الإصابة بمرض عصبي أو تهيُّج المثانة بالحصوات أو بالتهاب مجرى البول أو بوجود ورم.
- فرط نشاط المثانة Overactive bladder: ويشترك مع سلس البول بسب الإلحاح في الأسباب، ولكنه يقتصر على الشعور بالرغبة المُلِحّة للتبول دون حدوث سلس البول.
- سلس البول الفَيْضي Overflow incontinence: حيث يفيض البول من مثانة مليئة به، حتى تشير الصور بالموجات فوق الصوتية إلى أن كمية البول المتبقية بعد التبول تزيد على 200 ميلي لتر. وسببه ارتخاء عضلات المثانة، كما يحدث في بعض الأمراض العصبية، وعند تناول بعض الأدوية، أو عند انسداد مخرج البول، كما في تضخم البروستات.
- سلس البول المتعدد الأسباب Mixed incontinence: وينتج من تداخل أكثر من سبب من أسباب سلس البول السابقة الذكر.
- سلس البول المستمر: بسبب ناسور بين الجهاز البولي والمهبل.
- سلس لبول بسبب خلل وظيفي Functional incontinence: مثلاً خلل الحركة.

يجب ملاحظة أن الأعراض المصاحبة لسلس البول قد تكون مضللة أو غامضة فلا تنطبق على نوع معين. فقد يصاحب تكرار التبول كلاً من سلس البول الفيضي وسلس البول بسبب الإجهاد أو التوتر، والعديد من الأمراض مثل القلق والاكتئاب، وأي سبب لزيادة التبول.

عوامل الخطر في سلس البول:

- التغيرات المصاحبة للسن.
- استعمال بعض الأدوية مثل مُدِرّات البول والكافيين ومشتقاته والأتروبين وأشباهه مثل مضادات الاكتئاب والحساسية.
- الإمساك.
- الأمراض العضوية مثل ضعف عضلة القلب والسكري والسكتة الدماغية.
- الأمراض العقلية مثل الاكتئاب وخَرَف ألزهايمر.
- تعدد الولادات.
- العمليات الجراحية.
- السمنة.

أسباب عارضة لسلس البول:

- الهَذَيَان.
- الإمساك وتحجر البراز.
- ضعف الجهاز الحركي المؤقت.
- العدوى في أي مكان بالجسم.
- زيادة إنتاج البول، كما في السكري أو زيادة الكالسيوم بالدم.
- بعض الأدوية.

مضاعفات سلس البول:

- مضاعفات اجتماعية، مثل الانعزال الاجتماعي.
- مضاعفات نفسية مثل القلق والاكتئاب.
- مضاعفات صحية مثل التهابات مجرى البول وقرحات الانضغاط.
- مضاعفات مادية مثل ارتفاع تكلفة الرعاية.

أدوار أفراد فريق رعاية المُسِنّين في التعامل مع سلس البول:

- يحتاج استكمال تقييم سلس البول في المتوسط إلى زيارتين أو ثلاثة على الأقل للطبيب.
- أفضل أداة لتقييم سلس البول هو التقييم الشامل للمُسِنّ.
- التقييم السليم لسلس البول يحتاج لتفهم فيزيولوجية المرض وأسس علاجه.
- التفكير الشمولي بتأثير الشيخوخة والأمراض الحادة والمزمنة والأدوية والبيئة ضروري لنجاح التقييم.

القصة السريرية (الإكلينيكية) والتاريخ المرضي:

- إن التواصل والحوار مع المُسِنّ هدف محوري لضمان نجاح العلاج.
- إن السؤال الوضح عن سلس البول جزء من التقييم الشامل للمُسِنّين، فسلس البول ليس جزءاً لا بدّ منه للشيخوخة الطبيعية، ولكنه يرتبط بالأمراض أو بالأدوية.
- تسبب كثير من الأدوية سلس البول عن طريق:

- إدرار البول: أدوية ضغط الدم المُدِرّة للبول، والكافيين، والأمينوفيللين.
- التأثير على عضلات جدار المثانة أو العضلة المعصرة، وتتسبب في احتباس البول بسبب سد مخرج المثانة، أو ارتخاء العضلات، مثل الأدوية العصبية والنفسية، وأشباه الأتروبين بكل أشكالها حتى قطرة العين، ومثبطات المستقبلات بيتا، ومثبطات قنوات الكالسيوم.

- السؤال عن سلس البول: بدايته ومدى تكراره وكميته ووقته ومسبباته، مثل الضحك أو الأدوية والأعراض المصاحبة لحدوثه.
- السؤال التفصيلي عن الأدوية.
- إعداد مذكرة التبول لمدة ثلاثة أيام: هي أداة هامة جداً للتشخيص، وينبغي عدم إغفالها أبداً. ويتم تدوين وقت وكمية التبول الطبيعي وسلس البول؛ والأعراض والأنشطة المصاحبة؛ ونمط النوم ومرات التبول ليلاً؛ وكمية السوائل الداخلة للجسم؛ والظروف البيئية.
- السلس الليلي قد يسببه أدوية منومة أو تحرك السوائل من تورم الساقين في فشل أو قصور عضلة القلب أو قصور أوردة الساقين المزمن.
- السلس المتكرر في كل أوقات اليوم يدل على مرض فرط التبول مثل السكري أو زيادة تناول السوائل أو زيادة الأملاح.
- السلس المفاجئ المصاحب بإلحاح يدل على سلس إلحاحي.
- السلس الذي يرافق السعال أو الضحك عادة يكون سلس توتري.
- السلس المستمر أو المصاحب لأعراض انسداد مجرى البول (مثل الحزق وتأخر إخراج البول وضعفه وتقطعه، يدل على السلس الفيضي.

الفحص السريري:

- يشمل الأداء الوظيفي العام والحالة العقلية.
- فحص بالأمواج فوق الصوتية للحوض لمعرفة امتلاء المثانة البولية.
- كشف علامات الأمراض العصبية أو في الجهاز التناسلي أو الهضمي.
- فحص الشرج لكشف علامات الأمراض العصبية أو تحجُّر البراز.
- فحص علامات زيادة سوائل الجسم أو التورم.
- فحص البروستات للرجال، وفحص المهبل والرحم للسيدات.

الفحوصات:

- اختبار السلس البولي في وضع الوقوف: يقف المُسِنّ ويرخي عضلات العِجَان ثم يسعل مرة، فإذا حدث سلس فوري فهو غالباً توتري وإذا تأخر لثواني فهو غالباً إلحاحي.
- تقدير كمية البول المتبقية بالمثانة بعد التبول: عن طريق الفحص بالموجات فوق الصوتية، وفي الحالة السوية لا تزيد عن 200 ميلي لتر.
- الفحوصات المختبرية (المعملية) وتشمل تحليل البول مع أو بدون زرع البول، ووظائف الكلية، وشوارد الدم والكالسيوم.
- ليس لدراسة حركيات التبول Urodynamics دور في علاج سلس البول على مستوى الرعاية الأولية، إلا في استبعاد سلس البول الفيضي.
- يجب تحويل المُسِنّ للاختصاصي في حالة عدم وضوح التشخيص أو فشل العلاج المبدئي أو وجود جراحات سابقة أو سلس توتري شديد أو اشتباه بورم في البروستات، أو تكرار البول المدمي أو زيادة كمية البول المتبقي عن 200 ميلي لتر.

العلاج:

- التواصل والحوار مع المُسِنّ هدف محوري لضمان نجاح العلاج وبالأخص التثقيف الصحي والعلاج السلوكي.
- الجمع بين العلاج الدوائي والغير الدوائي هو أنجح سبل العلاج.
- قد يفيد استخدام الفُوَط والحفاضات لدى المُسِنّين المصابين بسلس البول، ولكن لابد من التشخيص قبل استخدامها.
- ينبغي استبعاد الأسباب المؤقتة للسلس البولي، وإذا وُجِدَتْ فينبغي التعامل معها، مثل استعمال مَبْوَلة لخلل الحركة المؤقت.

علاج السلس التوتري

- العلاج غير الدوائي: ينبغي تدريب المثانة البولية، وضبط عادات التبول المنتظم وفق جدول، وإجراء تدريبات كيجل لعضلات الحوض، والعلاج برد الفعل البيولوجي.
- العلاج الدوائي يلعب دوراً مهماً في سلس البول التوتري.
- العلاج الجراحي: بعمليات تدعيم عضلات الحوض وعلاج هبوط الرحم.

علاج السلس الإجهادي أو الإلحاحي:

- العلاج غير الدوائي: تدريب المثانة البولية، والتبول المنتظم، وتدريبات التعامل مع الإلحاح، وتدريبات كيجل لعضلات الحوض.
- العلاج الدوائي: ثبتت فاعلية العلاج الموضعي بالاستروجين في السيدات، وبعض الأدوية المهدئة لعضلة المثانة البولية.

علاج السلس الفيضي

- معالجة السبب الأصلي مثل علاج تضخم البروستات.

ينبغي عدم استعمال القثطرة البولية لإفراغ البول من المثانة إلا في حالات الضرورة القصوى، وعندما ترجح منافعها على أخطارها، ويفضل عند ذلك استعمال قثطرة لا تستعمرها المكروبات، مثل قثطرة السيليكون، كما في احتباس البول المزمن، وأن يكون ذلك لفترة محدودة، لإتاحة الفرصة لالتئام قرحات الضغط.

حالة للمناقشة الحالة 3-6

مراجع استرشادية:

- Geriatrics at Your Fingertipsby David B. Reuben
- American Geriatrics Society; 12 edition (2010) ISBN-10: 1886775540
- Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen Flaherty Mosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007)ISBN-10: 0387323244

الفصل (3-7) قرحات الانضغاط في المُسِنّين

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يعرّف التغييرات الفيزيولوجية المصاحبة لتقدم العمر وقرحات الفراش.
- يتعرّف على التعامل مع المفاهيم الخاطئة بقرحات الانضغاط.
- يفهم تعريفات وحجم مشكلة قرحات الانضغاط.
- يعدّد عوامل الخطر في ملازمة الفراش ولحدوث قرحات الانضغاط.
- يدرك دور القائمين على رعاية المُسِنّ وأفراد الفريق في التشخيص والعلاج.
- يعرّف مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.

قرحات الانضغاط

التغييرات الفيزيولوجية في الجلد والتي تصاحب الشيخوخة:

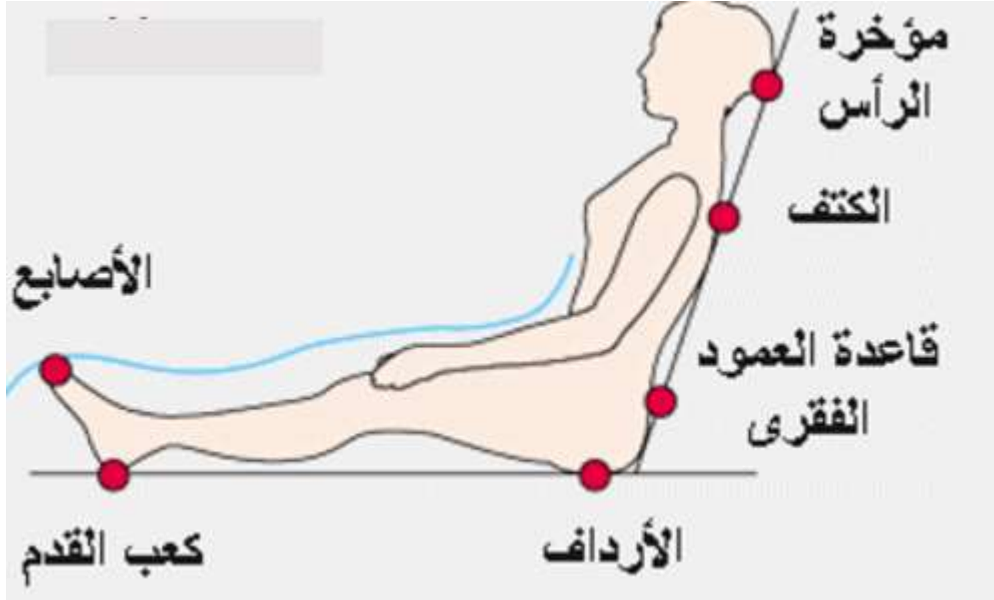
- جفاف الجلد.
- ضعف الحركة.
- ضعف الشعور بالألم في الأطراف.
- قصور الوظائف المعرفية.

المفاهيم الخاطئة عن قرحات الانضغاط:

- **قرحات الانضغاط ظاهرة طبيعية في المُسِنّين وخاصة قليلي الحركة منهم.** وهذا خطأ، لأن قرحات الانضغاط مرض، ولا تقتصر على المُسِنّين، ويمكن الوقاية منها وعلاجها.
- **قرحات الانضغاط ليست خطيرة**، وهذا خطأ، لأن قرحات الانضغاط البسيطة قد تتفاقم لتصل إلى الأنسجة العميقة، فتسبب عدوى العظام والمفاصل بالمكروبات، وفي هذه الحالات تسبب العديد من المشاكل. كما أن قرحات الانضغاط كثيراً ما تكون جزءاً من مضاعفات مُلازَمة الفراش، وبالتالي تعتبر مؤشراً على احتمال الإصابة بمضاعفاتها الخطيرة.

تعريف قرحات الانضغاط:

هي أي إصابة الجلد والنسيج التي تحته بضرر بسبب الضغط المستمر. وتُعرف أحياناً بقرحات الفراش bedsore لكثرة حدوثها لدى من يلازم الفراش، ولكنها قد تحدث بسبب انضغاط الأنسجة بسبب الجلوس في كرسي أو غير ذلك.



حجم مشكلة قرحات الانضغاط:

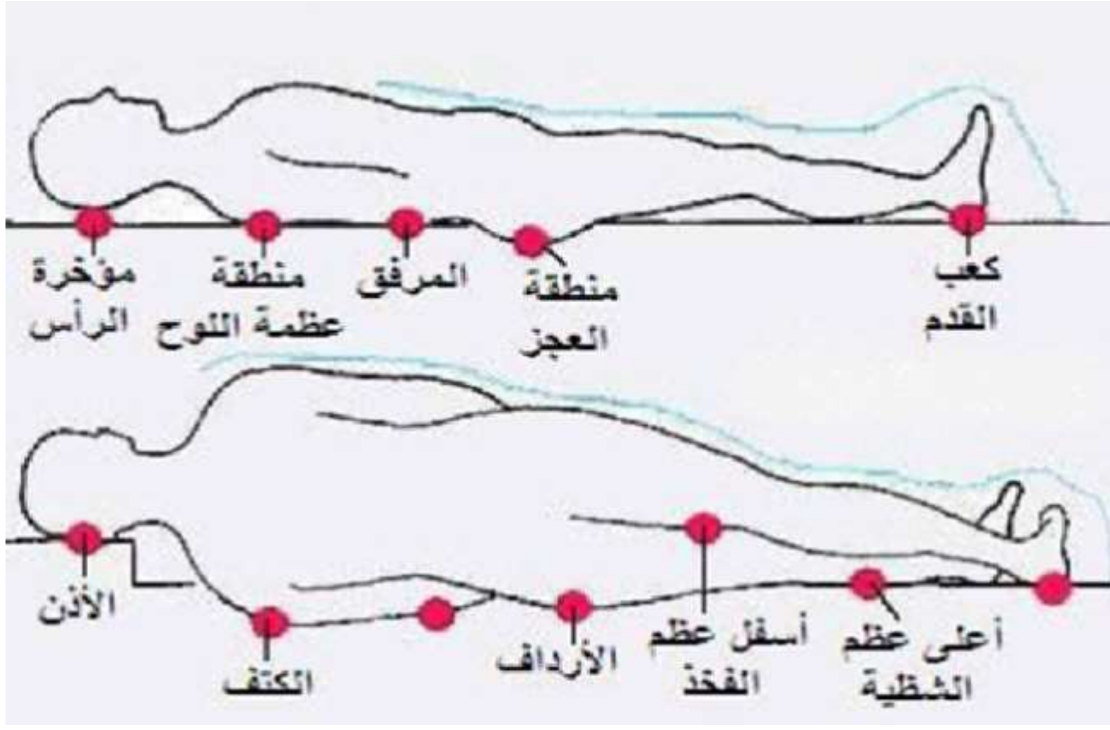
قرحات الانضغاط مشكلة كبيرة في المُسِنّين، فهي تصيب مُسِنَّاً واحداً من كل عشرة مُسِنّين. وهي مثل الجبل الجليدي لا يظهر على السطح إلا جزء صغير منه، لأن حجم التلف في الأنسجة تحت الجلد يكون أكبر من حجم التلف في الجلد. وقرحات الانضغاط كثيراً ما تكون مصحوبة بمضاعفات ملازمة الفراش.

عوامل الخطر في حدوث قرحات الانضغاط:

- ملازمة الفراش.
- السمنة.
- السكري.
- سوء التغذية.
- البلل المستمر
- التهاب الجلد.
- ضعف الإحساس بالجلد.

دور القائمين على تقديم الرعاية وفريق الرعاية الصحية في التعامل مع قرحات الانضغاط:

- التعرف على الأماكن الشائعة لحدوث قرحات الانضغاط.



- التعرف على **درجات قرحات الانضغاط**، وهناك العديد من التقسيمات أبسطها التالية):
  - الدرجة الأولى: احمرار في الجلد لا يزول.
  - الدرجة الثانية: وجود كدمة أو فقاعة أو أي تآكل لا يتعدى الجلد أو الأنسجة تحته.
  - الدرجة الثالثة: وصول التلف إلى الأنسجة العميقة مثل العضلات والمفاصل والأربطة.
- التعرف على **المضاعفات** الأخرى المتوقعة لملازمة الفراش:
  - جلطة الأوردة العميقة وانسداد الشريان الرئوي.
  - انحباس البول والإمساك.
  - التهاب مجرى البول والالتهاب الرئوي.
  - الاكتئاب.
  - سوء التغذية.
  - فقدان قوة العضلات وتليفها.
  - فقدان حركة المفاصل وتيبسها.
  - هشاشة العظام وحصوات الكلى.
  - تلف العضلات وزيادة البوتاسيوم ووجود الميوجلوبين بالدم وإتلافه للكليتين.
- وضع **خطة الرعاية**:
  - القاعدة الذهبية أثناء التعامل مع ملازمي الفراش والمصابين بقرحات الانضغاط: درهم وقاية خير من قنطار علاج.
  - التأكد من التغذية السليمة.
  - برنامج تأهيلي لزيادة الحركة.
  - علاج الألم وعلاج أي عدوى مكروبية.
  - علاج الجروح فور ظهورها.
  - يمكن استخدام أحد أدوات تقييم قرحات الانضغاط لمتابعة العلاج، مثل أداة PUSH، وأدوات تقييم الخطورة، مثل مقياس نورتن وبرادن، وتدوين درجاتها وأماكنها.

- الوقاية خير من العلاج بتشخيص عوامل الخطورة والتعامل معها.
- القائمين على الرعاية هم أهم عنصر في علاج قرحات الانضغاط، فيجب العناية بتثقيفهم الصحي.
- يجب رفع الانضغاط بتغيير الوضع كل ساعتين، مثل التقليب في السرير، ويُفَضَّل استخدام جدول للتقليب:

- استخدام مرتبات أو فراش يخفِّف تأثير الضغط، مثل مرتبة هوائية.
- ضماد الجروح والقرحات، والأفضل أن يعتني بالجرح طبيب أو ممرض رعاية الجروح وفتحات التغذية المتخصص.
- تنضير أو تنظيف الأنسجة المتموتة جراحياً بالمشرط أو كيماوياً بالمراهم المذيبة أو بيولوجياً باليرقات أو ميكانيكياً بالضماد المتكرر.
- تقييم وجود العدوى في الجرح بأخذ خزعات من أنسجة أرض القرحة، ولا يكتفى بأخذ مسحة.
- الجراحة الترقيعية للقرحات الواسعة بعد تحسين الحالة العامة للمُسِنّ.

مؤشرات الإحالة إلى مؤسسة علاجية أعلى مستوى

- تدهور الحالة الصحية وعدم إمكانية استمرار الرعاية بالمنزل.
- الحاجة لتدخل جراحي مثل ترقيع الجلد.
- وجود مضاعفات لملازمة الفراش لا يمكن علاجها بالمنزل.

جدول تقليب المُسِنّين الملازمين للفراش الأسبوعي												
	10-8 صباحاً	12-10 ظهراً	2-12 مساءً	4-2 مساءً	6-4 مساءً	8-6 مساءً	-8 مساءً	12-10 منتصف الليل	2-12 صباحاً	4-2 صباحاً	6-4 صباحاً	8-6 صباحاً
السبت												
الأحد												
الإثنين												
الثلاثاء												
الأربعاء												
الخميس												
الجمعة												
يملأ القائم على رعاية المُسِنّ الملازم لفراشه كل مربع برمز يعبر عن وضعه: ج أ = جانب أيمن، ظ = ظهر، ج ش = جانب شمال، ج = وجه.												

حالة للمناقشة الحالة 3-7

مراجع استرشادية:

- Geriatrics at Your Fingertipsby David B. Reuben American Geriatrics Society; 12 edition (2010) ISBN-10: 1886775540
- Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen Flaherty Mosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach
- Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007)ISBN-10: 0387323244

الفصل (3-8) الباركنسونية أو مرض باركنسون أو الشلل الرعّاش في المُسِنّين

الدكتورة أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يدرك المفاهيم الخاطئة المرتبطة بمرض باركنسون.
- يفهم تعريف وحجم مشكلة مرض باركنسون.
- يعدد عوامل الخطر في مرض باركنسون.
- يتعرّف على أدوار أفراد الفريق القائمين على تقديم الرعاية والتشخيص والعلاج لمرضى باركنسون.
- يدرك مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية.

التعريف:

مرض باركنسون مرض ضموري عصبي مزمن يبدأ تدريجياً ويتفاقم باطّراد، ويتميز بوضوح أعراضه الحركية، وهي بطء الحركة، والرعاش أثناء السكون، والتيبُّس، وخلل وضعية الجسم، وبمجموعة متنوعة من الأعراض غير الحركية. والباركنسونية هي حالة مرضية لها نفس أعراض مرض باركنسون ولكنها تظهر نتيجة لأسباب أخرى غير مرض باركنسون، مثل تناول الأدوية وبعض الأمراض العصبية الأخرى.

المفاهيم الخاطئة والتحديات:

مرض باركنسون يقتصر على مشاكل حركية، وهذا خطأ، إذ تظهر الأعراض الحركية المتأخرة بعد فترة طويلة من ظهور المرض، مثل خلل وضعية الجسم، والسقوط، وتجمُّد الخطوات، وصعوبة الكلام، وصعوبات البلع.

مرض باركنسون يسبب مشاكل حركية فقط، وهذا خطأ، فالمشاكل غير الحركية تظهر مع أو قبل ظهور الأعراض الحركية، مثل خلل سلوكيات النوم وفقدان الشم وتغيير الشخصية والاكتئاب، وخلل التبول، وانخفاض ضغط الدم بتغيير الوضعية، وخلل الذاكرة، والهَذَيَان، والهلاوس. أما الخَرَف فهو من المشاكل المتأخرة التي تظهر بعد فترة طويلة.

أفضل علاج دائم لمرض باركنسون هو الدوبامين، وهذا خطأ، فتأثير الدوبامين يختلف من مريض لآخر، وبحسب مرحلة المرض، وبشكل عام يفيد لفترة محددة، ثم تكون أضراره من الأعراض الجانبية له أكثر من منافعه. ويحسن استخدامه بطريقة رشيدة، ومحاولة تأخيره قدر المستطاع إلى حين الحاجة إليه.

سبب مرض باركنسون هو الفقدان المطّرد للخلايا العصبية التي تفرز الدوبامين في مناطق معينة في المخ. وهو يرتبط بعوامل خطر وراثية وبيئية.

حجم المشكلة: مرض باركنسون يصيب كل الأعراق البشرية، ومعدل حدوثه 12 لكل 100 ألف نسمة كل عام. ومعدل انتشاره أكثر بكثير، لأنه مرض مزمن، يصل إلى 150 حالة لكل 100 ألف نسمة، ويبدأ المرض في العقد الخامس أو السادس، ويزداد معدل حدوثه بتقدم العمر. ويحدث في الرجال ضعف السيدات.

عوامل الخطر في مرض باركنسون:

- تقدم العمر.
- الرجال أكثر من النساء.
- الجينات الوراثية.
- تناول بعض الأدوية.

- التعرض لبعض المواد الكيمياوية.

أدوار أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في تشخيص وعلاج المرض:

التشخيص:

- لا يوجد علامة أو فحص أو تحليل لتشخيص مرض باركنسون، ويكاد التشخيص أن يقتصر على الأعراض والعلامات السريرية، وفق معطيات الطب المُسْندة بالبَيِّنات. وهناك اختبارات بالأشعة الحديثة ترصد نقص الدوبامين.
- أظهرت الدراسات أن 25% من الحالات التي يتم تشخيصها على أنها مرض باركنسون يكون تشخيصها بالخطأ. وأشهر ما يلتبس مع مرض باركنسون:
  - الرعاش الأساسي أو المجهول السبب.
  - الباركنسونية الوعائية المنشأ بسبب الجلطات.
  - الباركنسونية بسبب الأدوية.
  - المتلازمات الباركنسونية:
    - الشلل فوق النووي المتفاقم Progressive supranuclear palsy
    - الضمور المتعدد الأجهزة Multisystem atrophy
    - التنكُّس القشري القاعدي Corticobasal degeneration
    - خَرَف جسم ليوي Lewy body dementia
  - الوعي والترصد للأعراض والعلامات النمطية والغير نمطية للمرض، مثل السقوط ومشاكل الكلام والبلع.
  - الوعي بمسار المرض ومضاعفاته
  - مرض باركنسون يمشي في مسار مستمر مزمن ببطء.
- في السنوات الأولى: تكون الأعراض بسيطة وفي جهة واحدة من الجسم.
- بعد عدة سنوات: يبدأ تأثر الحركة وفقدان الاستقلالية وصعوبة المشي.
- قد تحدث تذبذبات في المشاكل الحركية بتحسن وسوء بسبب تناول العلاج أو كعرض جانبي للعلاج.
- تحدث المضاعفات في الحالات المتقدمة، مثل السقوط المتكرر وما يتلوه من كسور وملازمة الفراش، ومشاكل الكلام وقصور التواصل، ومشاكل البلع وحدوث الالتهاب الرئوي الاستنشاقي.
- في الحالات المتأخرة: يصبح المريض معتمداً اعتماداً كاملاً في كل أنشطة حياته اليومية على غيره، ويحدث مرض الخَرَف بدرجاته المختلفة.
- الوفيات في حالات مرض باركنسون أعلى من الوفيات بين غير المصابين به. وتحدث بسبب مضاعفات المرض، وليس بسبب المرض نفسه، مثل السقوط المتكرر والكسور والالتهاب الرئوي ومشاكل البلع.

تحديد شدة المرض وعبء وتخطيط الرعاية

تعريف عبء الرعاية:

- من منظور المريض، يشعر أنه حمل ثقيل ومقلق ومزعج عاطفياً.
- من منظور الأسرة والقائمين على رعاية المريض، توفير التوازن بين متطلبات الرعاية والمصادر المتاحة، وجودة العلاقة بين القائم على تقديم الرعاية وبين المُسِنّ.
- من منظور المجتمع، الأثر الاجتماعي والاقتصادي للمرض.

دور القائم على تقديم الرعاية في التعامل مع مرض باركنسون

- تخطيط الرعاية والتأكد من التشخيص السليم للمرض بالتعاون مع القائمين على تقديم الرعاية الصحية.
- أداء دور فعال في تنظيم شؤون العلاج وشؤون الحياة الأخرى التي تتطلب مهارات التواصل مثل الشؤون المالية.
- الوعي بمسار المرض وتطوره، والوعي بالأعراض والعلامات النمطية والغير نمطية للمضاعفات.
- الحصول على تثقيف صحي حول العلاج الغير دوائي للأعراض والمضاعفات مثل مشاكل الحركة والسقوط والمشاكل الغير حركية.
- الوعي بتوفير البيئة صديقة للمُسِنّ المصاب بمرض باركنسون وإعادة تأهيل المنزل والأماكن السكنية.
- الحصول على الدعم المجتمعي من الجمعيات الأهلية مثل تأهيل مكان العمل لحفظ أمان المُسِنّ ولضمان استمراريته في الإنتاج. عمل ترتيبات الانتقال والمواصلات. خدمات الرعاية المنزلية والرعاية التعويضية، والدعم المالي لتعويض فقدان ساعات العمل أو الوظيفة للمُسِنّ وللقائمين على تقديم الرعاية له، وتوفير الأدوية وخدمات العلاج الطبيعي.

مراحل مرض باركنسون

يمكن تقسيم مراحل مرض باركنسون إلى ثلاثة مراحل:

- **المرحلة الأولى:** الوصول لتشخيص المرض وما يصاحبها من ضغوط عصبية واجتماعية بسبب المفاهيم الخاطئة والخوف من المستقبل المجهول والوصمة المجتمعية.
- **المرحلة الثانية:** بدء فهم المُسِنّ المصاب بداء باركنسون والقائمين على رعايته للمرض فهماً حقيقياً، والتعايش والتكيُّف معه، والشعور ببعض التحسن بسبب التأثير البدئي للدوبامين وللعلاج الدوائي "فترة شهر العسل". حتى أن المُسِنّ المصاب بمرض باركنسون يمارس أنشطة حياته بشكل شبه عادي.
- **المرحلة الثالثة:** يتفاقم المرض، وتبدأ بعض مشاكل المعالجة الدوائية مثل الدوبامين بالظهور، كالتذبذب في الحركة، والمشاكل الدوائية الحركية الأخرى. كما تبدأ مشاكل التوازن والمشاكل الغير حركية التي تزيد من اعتماد المُسِنّ المصاب بمرض باركنسون على الآخرين، كما تزيد من عبء الرعاية.

الوقاية:

لا توجد وسيلة للوقاية من الإصابة بمرض باركنسون في الوقت الحالي.

العلاج:

يمكن أن يبدأ الممارس العام أو طبيب الأسرة بعلاج حالة بسيطة من مرض باركنسون طالما أنه مدرب على التشخيص السليم للمرض، وعلى اتخاذ قرار العلاج الدوائي. كما يمكنه الاستعانة برأي اختصاصي أعصاب في اتخاذ قرارات محددة، وذلك وفقاً للتنظيم الهيكلي للمؤسسات العلاجية، ثم يواصل رعاية الحالة بعد ذلك.

ويجب أن يكون العلاج في إطار شمولي بالتعاون بين كل أفراد فريق الرعاية والمُسِنّ والقائمين على رعايته.

ويشمل فريق رعاية المُسِنّ المصاب بمرض باركنسون: اختصاصي المعالجة الطبيعية، وممرضة الرعاية لمرضى باركنسون، واختصاصي المعالجة الوظيفية، واختصاصي المعالجة للكلام والبلع، واختصاصي المعالجة النفسية، واختصاصيين في أمراض المسالك البولية والجهاز الهضمي والطب النفسي.

وتزداد تكلفة الرعاية باطّراد مع تفاقم المرض، ويجب مراعاة توفير الدعم المادي لتنفيذ خطة علاجية معقولة. كما يجب الاستعانة بمنظمات المجتمع المدني. ويجب عمل التخطيط المستقبلي للرعاية، ومراعاة توفير المصادر البشرية والبنية التحتية لأفضل رعاية.

وينقسم العلاج إلى دوائي وغير دوائي حسب مرحلة المرض.

العلاج الدوائي:

يشمل العلاج بالدوبامين ومشابهاته، ومضادات الكولين، والأمانتادين، وأدوية أخرى.

- يعتمد بدء العلاج الدوائي على عمر المُسِنّ وحالته العقلية وشدة المرض.
- يُفَضَّل بشكل عام تأخير العلاج الدوائي قدر المستطاع، لتأخير الاستفادة القصوى لحين الحاجة، ولتأخير الأعراض الجانبية للعلاج.
- المضاعفات الحركية في المُسِنّين بسبب الدوبامين قليلة بشكل عام.
- التثقيف الصحي عن الأدوية مثل مشاكل الدوبامين وتداخله مع الوجبات البروتينية وارتفاع درجة الحرارة. ويتم البدء بدواء واحد ثم زيادة جرعته تدريجياً وإدخال أي أدوية أخرى فيما بعد حسب الحاجة.
- يجب الانتباه ومراعاة علاج المشاكل الأخرى غير الحركية، مثل الإمساك وسلس البول والاكتئاب ومشاكل النوم والمشاكل النفسية والسلوكية بالعلاج الدوائي وغير الدوائي.

العلاج غير الدوائي:

يشمل غير الدوائي:

- العلاج الطبيعي لحفظ الاستقلالية قدر المستطاع.
- إعادة تأهيل المنزل وبيئة المُسِنّ لتكون صديقة لمرضى باركنسون.
- العلاج الجراحي: بزراعة المنبهات العصبية العميقة (في ثلاث أماكن مختلفة بالمخ)، وذلك في الحالات المتفاقمة التي لا تستجيب للعلاج الدوائي.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية:

- تكرار الالتهاب الرئوي الاستنشاقي.
- حدوث الهَذَيَان.
- المرضى المزمنون الذين يعانون من تذبذبات في المشاكل الحركية وغير الحركية.
- حدوث إجهاد للقائمين على تقديم الرعاية للمريض المُسِنّ المصاب بمرض باركينسون، أو علامات لإساءتهم للمُسِنّ.
- قصور الوظائف المعرفية
- تدهور الحالة الوظيفية وأنشطة الحياة رغم تقديم العلاج.
- وجود صعوبة شديدة في الكلام والتواصل أو تناول الطعام والشراب.

فجوات في رعاية مرضى باركنسون

يجب الانتباه لوجود فجوات في رعاية مرضى باركنسون في كل أنحاء العالم، ومحاولة تفاديها قدر المستطاع.

- الفجوة الأولى في الوعي بالمرض والتثقيف الصحي.

- الفجوة الثانية في محدودية العلاج الدوائي وعدم الخبرة في التعامل معه.
- الفجوة الثالثة في ضعف إتاحة الوصول للعلاج.
- الفجوة الرابعة في نقص وضعف برامج رعاية مرضى باركنسون وما يصاحبها من منظمات المجتمع المدني ومبادرات تشريعات رعايتهم.

حالة للمناقشة الحالة 3-8

مراجع استرشادية:

- Geriatrics At Your Fingertips: 2010 Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al., 12th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2010.
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007)
- Neurological Disorders: Public Health Challenges (2007) World Health Organization (Author),
- Publisher: World Health Organization; 1st edition ISBN-10: 9241563362

الفصل (3-9) ضمور العضلات Sarcopenia في المُسِنّين

الدكتور عبد الرزاق أبيض
الدكتورة ضحى رشيدي علي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مفهوم ضمور العضلات المصاحب للتقدم في العمر.
- يعدّد أهم أسباب ضمور العضلات عند المُسِنّين.
- يحدّد كيفية تشخيص ضمور العضلات عند المُسِنّين.
- يعدّد أهم مضاعفات ضمور العضلات عند المُسِنّين.
- يفهم دور التأهيل والتغذية في الحفاظ على كتلة وقوة العضلات.

مفاهيم خاطئة:

- **إن دور العضلات يقتصر على الحركة والنشاط البدني، ومضاعفات ضمور العضلات تقتصر على الضعف والإعاقة وتكرار السقوط:** وهذا خطأ، إذ تشكل العضلات 60% من مخزون البروتين بالجسم، ويمكن استعمال الأحماض الأمينية بها لتكوين الأضداد، كما يمكن تكوين وتكسير الهرمونات في مختلف الأنسجة العضلية، وتساهم العضلات في عدد من عمليات الاستقلاب (الأيض) الهامة بالجسم، وتمثل مصدراً هاماً لمخزون الطاقة الذي يمكن استخدامها في حالات الإجهاد وسوء التغذية.

- **لا يوجد فرق بين ضمور العضلات بسبب الشيخوخة وضمور العضلات نتيجة قلة النشاط وضمور العضلات نتيجة الدنف ونقص التغذية،** وهذا خطأ، فضمور العضلات عملية تدريجية تبدأ مع التقدم في مراحل العمر، وتحدث في جميع المُسِنّين بنسب متفاوتة، ولها عدد كبير من المسببات التي تتشارك فيها مع الدنف وضمور العضلات نتيجة قلة النشاط، ولكنها أساساً تحدث نتيجة الشيخوخة، ويتأثر بذلك كتلة العضلات مع ثبات كتلة الدهون في الجسم أو حتى زيادتها.

فالدنف يحدث نتيجة عدد من الأمراض المزمنة، مثل الفشل الكلوي، والفشل الكبدي، وفشل عضلة القلب، والسرطان، والأمراض التي يصاحبها التهاب مزمن. ويترافق الدنف بفقد في النسيج العضلي، ونقص في نسبة الدهون، وهبوط في الوزن الكلي كذلك.

وفي ضمور العضلات الذي يحدث نتيجة قلة الحركة تفقد كتلة العضلات مع زيادة كتلة الدهون، دون زيادة في علامات الالتهاب.

تعريف ضمور العضلات المصاحب للشيخوخة: هو متلازمة خاصة بالمُسِنّين، تشمل التناقص المستمر لكتلة العضلات بصورة عامة، يصاحبه نقص في قوتها وجودة انقباضها. ومن النتائج السلبية المصاحبة لضمور العضلات الضعف والإعاقة الجسدية والحركية، مما يؤدي إلى فقدان الاعتماد على الذات، وسوء جودة الحياة، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية، والموت في نهاية المطاف.

ويمكن تشخيصها بناء على التعريف الصادر عن الفريق الأوروبي العامل على ضمور العضلات في المُسِنّين EWGSOP الذي يستند على وجود المعيار الأول مضافاً إليه إما المعيار الثاني وإما المعيار الثالث، والمعايير الخمسة هي:

1. نقص كتلة العضلات muscle mass.
2. نقص قوة العضلات.
3. انخفاض الأداء البدني.
4. سرعة المشي .gait speed
5. قوة قبضة اليد grip strength

ومن هذا التعريف يمكن تحديد مراحل ضمور العضلات كما يلي:

المرحلة	كتلة العضلات	قوة العضلات	الأداء البدني
ما قبل حدوث ضمور العضلات	↓	-	-
ضمور العضلات	↓	↓	- أو↓
ضمور العضلات الشديد	↓	↓	↓

التغيرات الفيزيولوجية التي تساهم في حدوث ضمور العضلات مع التقدم في العمر على مستوى تركيب ووظائف الخلايا والأنسجة

1. غالبا ما تتناقص كتلة العضلات نتيجة ضمور الألياف العضلية وبخاصة نوع II ، أو تنقص الخلايا العضلية نتيجة موت الخلايا المبرمج، ويتناقص إنتاج البروتين ويزداد معدل الالتهاب.
2. نقص قدرة العضلات على التجدُّد وذلك لنقص الخلايا الساتلة Satellite cells.
3. تناقص نشاط المتقدرات وزيادة الأكسدة بسبب تراكم الشوارد الحرة.
4. تناقص تدفق الدم إلى العضلات.
5. التغيرات الهرمونية ذات الصلة بكتلة العضلات ومنها تناقص التستوستيرون والديهيدروإيبياندوستيرون والاستروجين وفيتامين د وهرمون النمو وزيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية وزيادة مقاومة الجسم لهرمون الإنسولين.
6. كما يصاحب الشيخوخة عدد من تغيرات الجهاز العصبي التي تعرض المُسِنّ لضمور العضلات، وأهمها: نقص الأعصاب المغذية للعضلات، ونقص عوامل النمو العصبي.
7. يؤثر نقص صلابة الأوتار المصاحب للشيخوخة على قوة انقباض العضلات ودرجة قصر الألياف العضلية اثناء الانقباض.

أسباب ضمور العضلات:

تتداخل عوامل خطورة متعددة من خلال مسار مشترك ومعقد لتسهم في حدوث ضمور العضلات وأهمها:

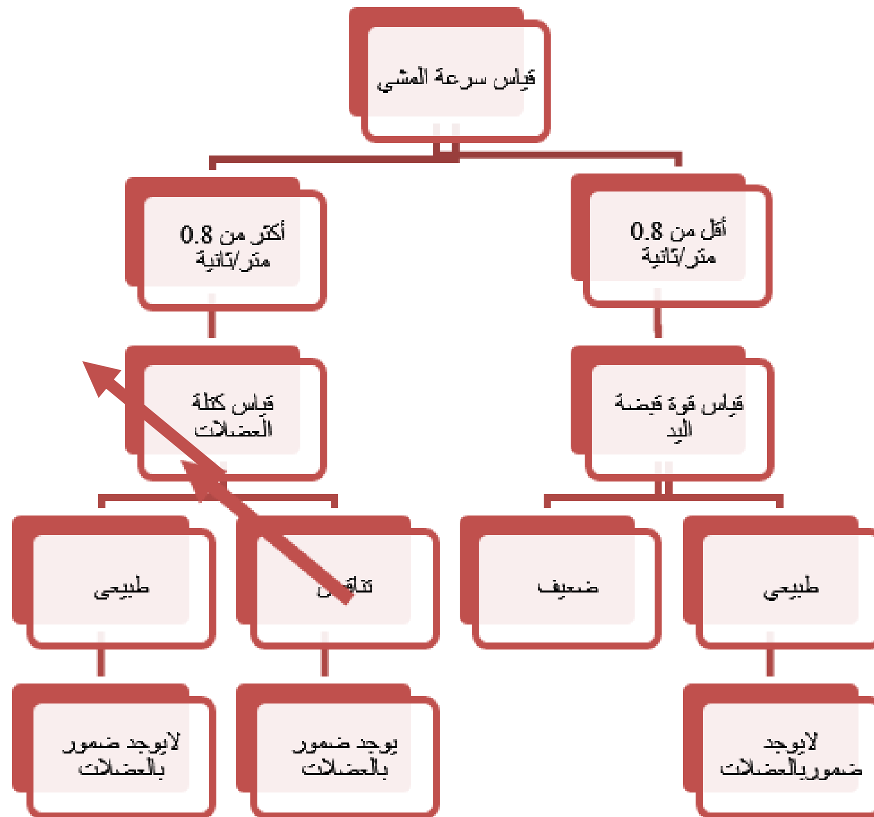
- الشيخوخة.
- الأمراض المزمنة، ومنها السكري والفشل الكلوي وفشل عضلة القلب وفشل وظائف التنفس وتليف الكبد وخشونة المفاصل والألم المزمن والالتهاب المزمن وبعض الأدوية.
- عادات الحياة غير الصحية، مثل نقص تناول البروتينات، وسوء التغذية، والسمنة، ونقص المجهود العضلي، والتدخين، وتعاطي المشروبات الكحولية.
- كما تلعب الجينات والاستعداد الوراثي دوراً هاماً في حدوث ضمور العضلات المصاحب للشيخوخة.
- نقص فيتامين D ونقص مضادات الأكسدة.

القياس العملي لضمور العضلات

ويشمل قياس كتلة العضلات وقوتها والأداء البدني.

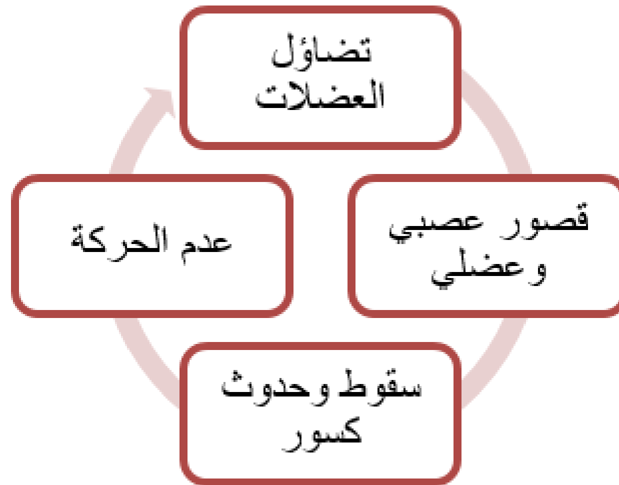
قياس كتلة العضلات	قوة العضلات	الأداء البدني
• قياس امتصاص الأشعة السينية مزدوجة الطاقة (DXA) • المقاومة الحيوية: Bioimpedanceanalysis (BIA) • القياسات البشرية: Anthropometry	• قوة قبضة اليد Handgrip strength	• بطارية الأداء البدني القصيرة Short Physical Performance Battery (SPPB) • سرعة المشية المعتادة • اختبار توقيت الوقوف والمشي ٣ أمتار • Timed get-up-and-go test

تشخيص ضمور العضلات وفقاً لمعايير الفريق الأوروبي العامل على ضمور العضلات في المُسِنّين EWGSOP :

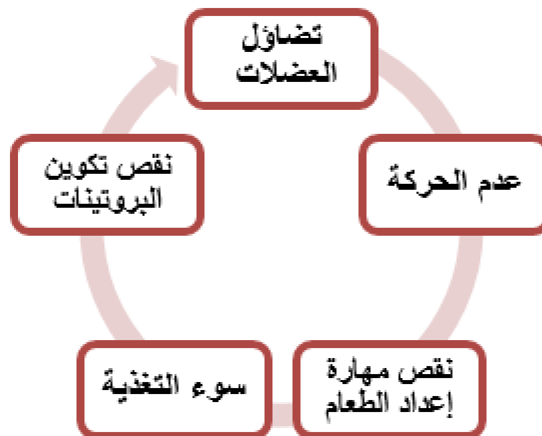


وتضم العلاقة بين ضمور العضلات وضعف الأداء البدني 3 حلقات مفرغة، كما وصفها مهلبيرغ وسيبر Muhlberg and Siber

الحلقة الأولى: ضمور العضلات وعدم الحركة:



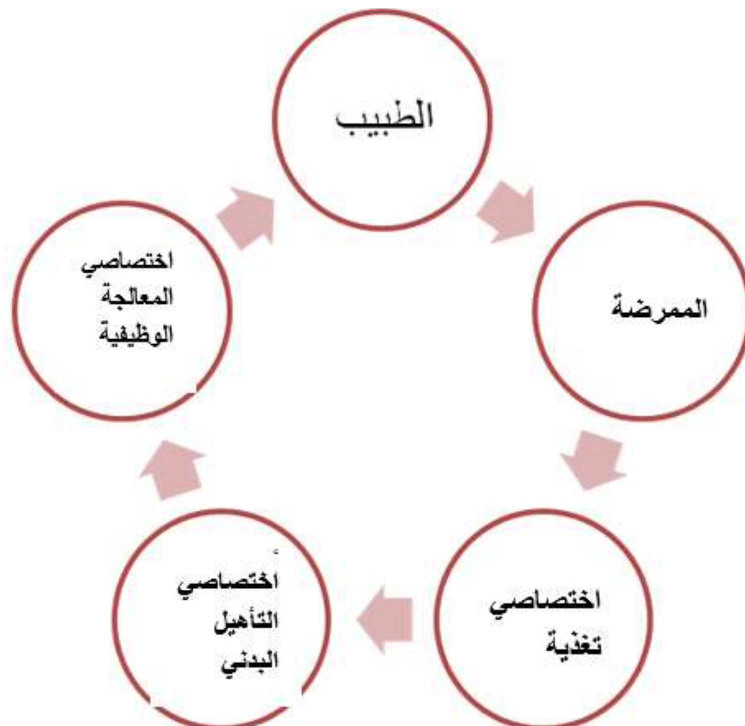
الحلقة الثانية: ضمور العضلات وسوء التغذية:



الحلقة الثالثة: ضمور العضلات واستقلاب (أيض) البروتين:



أدوار أفراد فريق رعاية المُسِنّين المصابين بضمور العضلات:



الوقاية من ضمور العضلات:

للوقاية من ضمور العضلات ينبغي السعي لتنمية الكتلة العضلية للجسم في المراحل العمرية المبكرة، ويرتكز ذلك على ثلاثة محاور هي تحسين العادات الصحية، والتغذية الجيدة، والنشاط البدني المستمر.

علاج ضمور العضلات:

- النشاط البدني، وبخاصة تمارين المقاومة.
- المكملات الغذائية وبخاصة البروتين والأحماض الأمينية بالأخص ليوسين. تناول الخضراوات والفاكهة، ومعادلة حموضة الدم البسيطة التي تحدث مع زيادة تناول البروتين الحيواني والحبوب باستخدام بيكربونات البوتاسيوم.
- تعويض النقص في الهرمونات، مثل هرمون النمو وهرمونات الذكورة، والاستروجين، وفيتامين د.
- مضادات الالتهاب ومضادات الاكسدة مثل فيتامين E والسلينيوم، وهناك عدد من العقاقير لاتزال تحت الدراسات مثل كرياتين ومضادات الميوستاتين.

التثقيف الصحي حول أهمية تمارين تقوية العضلات:

- ممارسة تمارين تقوية العضلات على مدار يومين أو أكثر أسبوعياً، وهي التمارين التي تحرّك مجموعات العضلات الأساسية في الساقين والوركين والظهر والبطن والصدر والكتفين والذراعين.
- تكرار كل نشاط من الأنشطة بإجراء من 8 إلى 12 حركة لكل وضعية.
- للحصول على الفوائد الصحية من أنشطة تقوية العضلات، يجب القيام بها إلى الدرجة التي تسبب صعوبة استكمال تكرار الحركة مرة أخرى.
- يوجد العديد من الطرق لتقوية العضلات، سواء في المنزل أو في المركز الرياضي. ومن الأمثلة على نشاطات تقوية العضلات:

1. حمل أو نقل حمولات ثقيلة مثل التسوق من محلات البقالة.
2. الأنشطة التي تتطلّب المشي مثل الزيارات والوثب مثل المشي في مناطق وعرة.
3. أعمال البستنة الثقيلة، مثل الحفر أو تجريف التربة.
4. التمارين التي تستخدم وزن الجسم للمقاومة، مثل تمارين الضغط أو تمارين شد البطن.
5. رفع الأثقال.

مؤشرات الإحالة إلى مستويات أعلى من الرعاية

عندما يكون فقد القوة العضلية حاداً أو يخص عضلات دون أخرى أو تصاحبه أعراض أخرى مثل ضعف الإحساس أو فقدان النطق أو صعوبته مما يشتبه أنه سكتة دماغية أو اعتلال الأعصاب الحركية.

حالة للمناقشة الحالة 3-9

مراجع استرشادية:

- Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinkova E et al. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. Current opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. 2010; 13: 1-7
- Report of the EWGSOP. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing, 2010:39: 412-423.
- Mühlberg, W., and C. Sieber 2004 Sarcopenia and frailty in geriatric patients: Implications for training and prevention. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37(1):2-8.
- William J Evans (2010): Skeletal muscle loss: cachexia, sarcopenia, and inactivity. Am J Clin Nutr doi: 10.3945/ajcn. 2010.28608A.
- Noran N. Hairi, Awang Bulgiba, Tee Guat Hiong and Izzuna Mudla (2012). Sarcopenia in Older People, Geriatrics, Prof. Craig Atwood (Ed.), ISBN: 978-953-51-0080-5, InTech, Available from: http://www.intechopen.com/books/geriatrics/sarcopenia-in-older-people.

الفصل (3-10) الإرهاق والوهن في المُسِنّين

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب ان :

- يفهم أهمية الشعور بالإرهاق كأحد الأعراض الغير نمطية في المُسِنّين.
- يتعرّف على كيفية تقييم المُسِنّ الذي يشكو من الشعور بالإرهاق.
- يدرك أهمية تشخيص المُسِنّ المصاب بالوهن.
- يميّز السمات الخاصة للمريض المصاب بالوهن ويشخصها.
- يستطيع أن يضع خطة وقائية وعلاجية للوهن.

تعريف الشعور بالإرهاق:

يعد الشعور بالإرهاق من أهم الأعراض شيوعاً في المُسِنّين، وبالرغم من كونه عرضاً غير محدد، ويصاحب الكثير من الأمراض في المُسِنّين، إلا أنه ذو أهمية قصوى كعرض غير نمطي لبعض الأمراض الشائعة في المُسِنّين، وكذلك بعض الأمراض الخطيرة، كما أنه أحد أهم الأعراض المؤثرة على جودة حياة المُسِنّ، وعلى قدرته على تأدية أنشطة الحياة اليومية، وعلى حالته النفسية والاجتماعية.

مفاهيم خاطئة:

1. **الشعور بالإرهاق هو إحساس طبيعي مع تقدم العمر**، وهذا خطأ، فالشعور بالإرهاق في المُسِنّين عرض مرضي لابد من الاهتمام به وتقييمه وعلاج أسبابه.
2. **الاكتئاب هو السبب الرئيسي للشعور بالإرهاق في المُسِنّين:** وهذا خطأ، فالشعور بالإرهاق في المُسِنّين له أسباب متعددة، ولا يقتصر التشخيص على النواحي النفسية فقط، لكن لابد من استبعاد الأسباب العضوية.
3. **الإحساس بالإرهاق هو الإحساس بالتعب عند تأدية أنشطة الحياة المعتادة يومياً**، وهذا خطأ، فالشعور بالإرهاق لدى المُسِنّ يشبه الأعراض الأخرى مثل الإحساس بالملل، وضيق التنفس عند القيام بمجهود، وصعوبة النوم، والإحساس بالضعف، وعدم القدرة على تأدية أي نشاط.

أهم أسباب الإرهاق في المُسِنّين:

1- تعدّد الأمراض.

2- تناول أدوية متعددة، والأعراض الجانبية لبعض تلك الأدوية.

3- الوهن.

4- الاكتئاب.

5- اتباع أنماط غير صحية في الحياة.

6- أحد الأعراض الغير نمطية لكثير من الحالات مثل الفشل الكلوي، وفشل الكبد، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، وأمراض الغدة الدرقية، وفشل أو هبوط عضلة القلب، وقصور الشريان التاجي، وفقر الدم، والالتهابات، والعدوى، والسرطان.

أدوار أفراد الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِن الذي يشكو من الإرهاق:

إن الدور الأكثر أهمية هو تقييم المُسِنّ الذي يشكو من الإرهاق بهدف تحديد نوعية الإحساس بالإرهاق، وشدته، والأعراض التي تصاحبه، وأسبابه، مع التركيز على:

1. أخذ التاريخ المرضي للأمراض الحادة والمزمنة.
2. مراجعة الأدوية المستخدمة.
3. تقييم الحالة الوظيفية والأنماط الغذائية، ونمط ممارسة الرياضة.
4. تقييم النوم.
5. تقييم الحالة النفسية.
6. الفحص السريري (الإكلينيكي) بهدف استبعاد الأسباب العضوية الظاهرة.
7. الفحوصات المختبرية (المعملية) مثل وظائف الكلية ووظائف الكبد، وصورة دم كاملة، وسكر الدم، وشوارد الدمن وتحليل بول.
8. فحوصات مختبرية (معملية) ودراسة شعاعية استناداً إلى السوابق والتاريخ المرضي والفحص السريري (الإكلينيكي).
9. يعتبر تأثير الإرهاق على الحالة الوظيفية من أهم العلامات المنذرة، ولا يتم التوصل الى أسباب الإرهاق المزمن في حوالي ثلث المرضى، وهو ما يُطْلَق عليه وهن المُسِنِّين.
10. وضع الخطة العلاجية بناءً على التشخيص النهائي، مع اعتبار أساسيات العلاج، بعد التعامل مع الأسباب العضوية الأخرى، تغيير نمط الحياة، والحالة النفسية، وممارسة الرياضة تبعا لحالة المريض.
11. إن الشعور بالإرهاق عادةً متعدد الأسباب، ويحتاج إلى تكامل الجهود التي يبذلها جميع أفراد الفريق لعلاجه.

الوهـن Frailty

تبلغ نسبة الإصابة بالوهن 10-25% بين المُسِنِّين التي تتجاوز أعمارهم 65 عاماً، لتصل إلى 30-40% لمن تتجاوز أعمارهم 85 عاماً.

تعريف الوهن: تؤدي إصابة المُسِنّ بالوهن إلى قصور في احتياطي الوظائف الحيوية لجسمه، ولذلك فإنه عندما يتعرض لمؤثر خارجي يعاني من:

1- صعوبة شديدة في التعافي ويستغرق وقتاً أطول، مع زيادة فرص حدوث مضاعفات.
2- تزايد نسبة إصابته بإعاقة أو قصور وظيفي بعد التعافي.
3- تزايد نسبة اعتماده على الآخرين في أنشطة الحياة اليومية.
4- تزايد احتمال دخوله إلى مؤسسات الرعاية بعد التعافي.
5- كثرة التردد على المستشفيات والإدخال إليها.
6- تكرر التعرض للسقوط والإصابات.
7- تزايد نسبة الوفيات بالمقارنة مع المُسِنّين الأخرين.

ومن هذا نستنج أن المُسِنّ المصاب بالوهن يمثل تحدياً وأحياناً عبئاً على الرعاية الصحية والمجتمعية بكل أنواعها ومستوياتها.

مفاهيم خاطئة عن الوهن:

- **كل المُسِنّين يعانون من الوهن**، وهذا خطأ، فالوهن هو متلازمة مرضية لها أسبابها البيولوجية التي تختلف من شخص لآخر، ولا يكفي تعدد الأمراض ولا التقدم في السن لتفسيرها.
- **لا يمكن معرفة المُسِنّ المصاب بالوهن إلا بعد تعرضه لمؤثر خارجي يؤدي إلى تدهور حالته الصحية**، وهذا خطأ، فتشخيص الوهن لدى المُسِنّ يمكن أن يتم بواسطة التقييم الشامل للمُسِنّ.
- **لا يمكن التدخل لمساعدة المُسِنّ المصاب بالوهن سواءً لوقايته أو لعلاجه أو لتقليل شدة الوهن لديه**، وهذا خطأ، فإن التدخل الوقائي والعلاجي له دور فعال في الوقاية من الوهن، وكذلك في الحدّ من شدته ومضاعفاته.

دور القائم على تقديم الرعاية الأولية:

1- تشخيص المُسِنّ المصاب بالوهن

يتم ذلك بواسطة التقييم الشامل للمُسِنّ والمقاييس الخاصة بتشخيص الوهن ودرجاته.

يتميز المُسِنّ المصاب بالوهن بالآتي:

- قصور في الوظائف المعرفية.
- قصور في تأدية أنشطة الحياة اليومية.
- مزاج حزين أو اكتئاب.
- سلس البول أو التبول اللاإرادي.
- خلل في الاتزان وضعف في الحركة.
- تناول أدوية متعددة.
- تعدد الأمراض المزمنة وتكرار الإدخال إلى المستشفيات.
- ضعف الحواس، ولا سيما الإبصار والسمع.
- نقص الوزن.
- إحساس المريض بالإجهاد.
- احتياج المُسِنّ لوجود من يقوم على رعايته.

وتتدرج شدة الوهن باختلاف درجة القصور وتعددها وكذلك بتقدم عمر المريض.

2- اكتشاف المُسِنّ في مرحلة ما قبل الوهن:

يجب تشخيص المُسِنّ المصاب بالوهن او ما قبل الوهن وذلك كفئة خاصة تحتاج الى متابعة خاصة واجراءات وقائية مكثفة، ويتم ذلك بواسطة التقييم الشامل للمُسِنّ، حيث يتميز المُسِنّ بوجود علامة أو أكثر من العلامات التالية:

- نقص الوزن.
- قلة النشاط الحركي.
- الإحساس بالإجهاد.
- بطء الحركة، فيحتاج لوقت طويل لقطع المسافات العادية.

3- الوقاية من الوهن:

تعتبر إجراءات تعزيز الصحة والتي تتضمن ممارسة الرياضة من أهم طرق الوقاية من الوهن.

4- علاج ومتابعة مريض الوهن:

- السيطرة على جميع الأمراض المزمنة.
- مراجعة الأدوية التي يتناولها المريض وتقليلها إلى أقصى درجة ممكنة.
- توفير جميع إجراءات تعزيز الصحة.
- التثقيف الصحي للمريض وعائلته.
- تحسين العادات الغذائية.
- ممارسة الرياضة.
- توفير بيئة آمنة للمُسِنّ لتقليل تعرضه لعوامل الخطورة.
- الاكتشاف المبكر للأمراض الحادة والتدخل السريع لعلاجها مع الانتباه للأعراض الغير النمطية.
- ممارسة الرياضة له دور فعال في الوقاية والعلاج من الوهن حتى في الحالات الشديدة من الوهن.

مؤشرات إحالة المُسِنّ المصاب بالوهن من الرعاية الصحية الأولية إلى رعاية متخصصة

(1) وجود قصور شديد في واحد أو أكثر من عناصر التقييم.
(2) زيادة شدة الوهن.
(3) صعوبة متابعة المريض واحتياجه لدخول إحدى دور الرعاية الممتدة.

أدوار أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية بالمُسِنّ الذي يعاني من الوَهَن:

يؤدي جميع أفراد فريق رعاية المُسِنّ أدواراً هامة لرعاية المُسِنّ المصاب بالوهن، سواءً في مرحلة التشخيص، أو الوقاية، أو العلاج، وخاصة اختصاصي التأهيل، واختصاصي العلاج الطبيعي، واختصاصي العلاج الوظيفي، واختصاصي التغذية، والاختصاصي الاجتماعي.

حالتان للمناقشة الحالة 3-10 - أ، والحالة 3-10 – ب

مراجع استرشادية:

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B.The assessment of frailty in older adults. Clin Geriatr Med. 2010 May;26(2):275-86.
- Fried LP, Tangen CM,Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype J Gerontol Med Sci. 2001:56;M146–M156.
- Fried LP,Jeremy D. Walston JD, Ferrucci L. Frailty. In: HaterJB, ,Quslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.631-645
- Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen Flaherty. Mosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunananthan S, Bergman H, Mark Clarfield A.The identification of frailty: a systematic literature review. J Am Geriatr Soc. 2011 Nov; 59(11):2129-38.

الوحدة الرابعة

استراتيجيات الدعم الصحي للمُسِنّيْن

تعرض هذه الوحدة العوامل التي تساهم في حفظ صحة المُسِنّ والارتقاء بجودة حياته، في جميع مراحل حياته، حيث تبدأ بعرض مفهوم حفظ الصحة وتعزيزها وأهمية تثبيت هذا المفهوم لدى المُسِنّيْن والقائمين على رعايتهم، ثم تعرض بعض العوامل التي من شأنها الحفاظ على صحة المُسِنّ مثل التغذية وخصائصها، وأهم متطلبات التغذية السليمة للمُسِنّيْن، والاحتياطات التي يجب أن يلاحظها المُسِنّ حتى لا يتعرض لمشكلات سوء التغذية.

يلي ذلك عرض لموضوعَيْ الإقلاع عن التدخين والنشاط البدني للمُسِنّيْن، وذلك كأمثلة لوسائل الحفاظ على صحة المُسِنّ. وحيث أن جودة حياة المُسِنّ ليست مرتبطة فقط بحالته الصحية وإنما بالبيئة المناسبة للمُسِنّين، فقد عرضت الوحدة أهم خصائص التصميمات المناسبة للمُسِنّين، ثم مقدمة عن التقنيات الحديثة التي تساهم في رفع درجة الاستقلالية لدى المُسِنّيْن وليتحقق هذا يجب أن نحقق التواصل مع المُسِنّيْن في صورته المثلى .كما أخذنا في الاعتبار أيضاً حماية المُسِنّ من الاعتداء على حقوقه، وعلاج مشكلات الألم الحادة والمزمنة وكذلك مراعاة الاحتياطات اللازم اتباعها مع بعض الحالات الخاصة كالمُسِنّ الذي يعيش بمفرده والسائق المُسِنّ.

فهذه الوحدة توفر المعلومات اللازمة للرعاية الصحية الأولية للحفاظ على صحة واستقلالية المُسِنّ وجودة حياته.

الفصل (4-1) حفظ الصحة وتعزيزها في جميع مراحل العمر

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يدرك أهمية وسائل تعزيز الصحة.
- يتعرف على أهم البرامج المتبعة لتعزيز الصحة.
- يعرف تأثير التدخلات الوقائية في جميع مراحل العمر ولدى المُسِنّيْن.

إن الأسلوب الذي يستمر في جميع مراحل العمر يؤثر تأثيراً شديداً على جودة حياة المُسِنّ، وفيه العديد من التدخلات الوقائية التي قد تؤثر عليها، وتوضح الحالات التالية ذلك.

حالات تعرض الأسلوب الذي يستمر في جميع مراحل العمر

الحالة 1:

1981: مهندس يبلغ من العمر 30 سنة، وزنه 90 كيلو غرام، وطوله 160 سنتي متر، ويعاني والده من مرض النقرس وزيادة نسبة الكوليسترول بالدم. يعمل يومياً من الساعة 8 صباحا إلى 5 مساءاً بإحدى المؤسسات الحكومية، ويعتاد على تناول وجبتي الإفطار والغذاء أثناء العمل، وهي وجبات سريعة، ولا يمارس أي نوع من الرياضة بانتظام، ويُدَخِّن 20 سيجارة يومياً.

1991: بدأ يعاني من آلام بسيطة في مفصل الركبة وأسفل الظهر وصداع، وهو يكتفي بتناول المسكنات، ولا يزال محتفظاً بنفس عاداته.

2001: شعر بازدياد آلام الركبة وعدم القدرة على صعود السلم بسهولة، فاستشار الطبيب الذي كشف عليه فوجد أن ضغط الدم 150/ 95 ، وكان التشخيص أنه يعاني من تنكُّس مفصل الركبة وارتفاع ضغط الدم، ووصف الطبيب لمريضه العلاج المناسب ونصحه بالعلاج الطبيعي وبممارسة الرياضة، وبتقليل الملح والدهون في الطعام، والإقلاع عن التدخين، وبقياس السكر والكوليسترول بالدم، وزيارة الطبيب ثانية، إلا أن المريض لم ينفذ أي نصائح.

2011: ازدادت حالة المفاصل سوءاً حيث أصبح غير قادر على الحركة إلا باستخدام العكاز، وبدأ يعانى من آلام في الصدر وصعوبة في التنفس وتدهور واضح بالقدرات المعرفية، حتى أصبح غير قادر على الحياة بالمنزل بمفرده، ويحتاج إلى مساعدة في جميع أنشطة الحياة اليومية، وتم تشخيصه على أنه يعاني من خشونة بالمفاصل في مرحلة متقدمة ويحتاج إلى استبدال مفصل الركبة وكذلك أثبت الفحص السريري (الإكلينيكي) والفحوصات أنه يعاني من قصور بالدورة الدموية التاجية والدماغية.

الحالة 2:

1981: مهندس يبلغ من العمر 30 سنة، وزنه 90 كيلو غرام، وطوله 160 سنتي متر، ويعاني والده من مرض النقرس وزيادة الكوليسترول بالدم. يعمل يومياً من الساعة 8 صباحاً الى 5 مساءاً بمكتب هندسي، ويعتاد على تناول وجبتَيْ الإفطار والغذاء أثناء العمل من الوجبات السريعة، وهو لا يمارس أيّ نوع من الرياضة بانتظام، ويدخن 20 سيجارة يومياً.

1991: بدأ يعاني من آلام بسيطة في مفصلي الركبة وأسفل الظهر وصداع متكرر. وبزيارة الطبيب وجد أنه يعاني من مرحلة مبكرة من تنكُّس مفصلي الركبتين وارتفاع بسيط بضغط الدم، ونصحه بالإقلاع عن التدخين، وبممارسة الرياضة، وبمحاولة تقليل الوزن، والالتزام بالطعام القليل الملح والدهن.

2001: أصبح المريض وزنه 70 كيلو غرام، وقَلَّت آلام الركبتين، وهو مواظب على ممارسة الرياضة، ويتناول وجبات مناسبة، وقد أقلع عن التدخين، ويراقب قياس الضغط شهرياً، وتحليل الكوليسترول كل ستة أشهر، ولا يحتاج إلى تناول علاج لارتفاع ضغط الدم يومياً، لأن ضغطه لم يصل للمعدل الذي يستدعي المعالجة بالأدوية.

2011: المهندس يعيش حياته بطريقة مستقلة، وبعد تقاعده بدأ مشروعاً خاصاً به، وهو يمارس رياضة المشي بمعدل أربعة أيام أسبوعياً، ويواظب على تناول دواء ارتفاع ضغط الدم، ويتابع قياس الضغط مرة شهرياً، وتحليل الدم في وقته.

الحالة 3

1981: مهندس يبلغ من العمر 30 سنة، وزنه 50 كيلو غرام، وطوله 160 سنتي متر، ويعاني والده من مرض النقرس وزيادة الكوليسترول بالدم. يعمل يومياً من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءاً بإحدى المؤسسات الحكومية، ويتناول وجبة الإفطار بالمنزل، ويحرص على تناول الفواكه والخضروات الطازجة في العمل لحين عودته الى المنزل لتناول الغذاء، وهو معتاد على ممارسة رياضة الكرة الطائرة مرتين أسبوعياً ولا يدخن.

1991: مستمر على نفس العادات.

2001: مستمر على نفس العادات ولكنه استغنى عن لعب الكرة الطائرة بالمشي أربع مرات أسبوعياً. وبدأ يواظب على الكشف الطبي الدوري سنوياً، وبدأ يتبع برامج التشخيص المبكر للأورام، ويواظب على عمل تحاليل مختبرية (معملية) بصفة دورية لمتابعة السكر والكوليسترول بالدم، وحين تشخيص ارتفاع ضغط الدم لديه ولم يتحسن بخفض تناول الملح، بدأ يتناول الدواء الخافض لضغط الدم.

2011: المريض الآن يعيش حياته بطريقة مستقلة، وبعد تقاعده بدأ مشروعاً خاصاً به، وهو يمارس رياضة المشي بمعدل أربعة ايام أسبوعياً، ويواظب على تناول الدواء الخافض لضغط الدم، ويتابع قياس الضغط مرة شهرياً، وتحليل الدم في الأوقات المطلوبة.

بمقارنة الحالات الثلاثة السابقة نجد أن البداية متماثلة، ولكن جودة الحياة في مراحل العمر المتأخرة مختلفة تماماً، وذلك نتيجة اختلاف أسلوب حياة كل منهم في مراحل العمر.

فالحفاظ على أساليب تعزيز الصحة له أهمية كبيرة في جودة الحياة. ويمكن البدء في اتباع تلك الأساليب في أي مرحلة من مراحل العمر.

أساليب تعزيز الصحة التي يجب أن يتبعها المُسِنّ

1- الفحص (الكشف) الدوري الروتيني، والذي يعتبر بمثابة التقييم الشامل للمُسِنّ، ويمكن إجراؤه على فترات أقصر في حالة وجود أمراض عضوية مزمنة.

2- بعض التحاليل يجب إجراؤها بصفة دورية، مثل قياس سكر الدم كل ثلاث سنوات، والكوليسترول كل خمس سنوات، والهرمون المُنَبِّه للغدة الدرقية كل سنة".

3- ممارسة الرياضة بانتظام.

4- الالتزام بالعادات الغذائية السليمة.

5- اتباع وسائل التشخيص المبكر للأورام:

- صورة أشعة للثدي للسيدات كل سنتين.
- مسحة من عنق الرحم للسيدات كل ثلاث سنوات.
- منظار القولون كل عشر سنوات.
- الكشف عن الدم الخفي في البراز كل سنة.

6- التطعيم باللقاحات اللازمة، ولا سيما لقاح الإنفلونزا والالتهاب الرئوي.

7- الإقلاع عن التدخين.

8- قياس كثافة العظام مرة واحدة على الأقل بعد سن 65 للسيدات وسن 70 للرجال.

ويحتاج تعميم هذه الأساليب لتوفير هذه الخدمات للمُسِنّيْن بطريقة مناسبة، مع حفظ كرامتهم، إلى بذل جهد بالغ، وتخصيص موارد مالية وبشرية ضخمة، ونشر ثقافة أهميتها، وإقناع المُسِنّيْن باتباعها، وبناء منظومة متكاملة لإتاحتها.

مراجع استرشادية:

- Toward age friendly primary health care, World Health Organization, 2004
- Age friendly primary health care centers tool kit, 2008
- Resnic B. Health Maintenance Exercise, and Nutrition. Primary Care Geriatrics: A Case–Based Approach
- Geriatric at your finger tips. 2012. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF and Semla TP 14th edition. ISBN 978-1-886775-57-2

الفصل (2-4) التغذية في المُسِنّين

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على نقاط الاختلاف في التغذية بين المُسِنّين والبالغين.
- يرشد المُسِنّ للأغذية التي يحتاجها وكمياتها.
- يستدلّ على حالات الجفاف وسوء التغذية.
- يعرف ويميّز دور أفراد فريق رعاية المُسِنّين في تحقيق التغذية السليمة للمُسِنّ.

تعتبر التغذية السليمة من أهم عوامل ضمان جودة الحالة الصحية للمُسِنّين، وإن كانت تختلف بعض المفاهيم المتعلقة بالتغذية عند الحديث عنهم.

التغذية بين المُسِنّين وغيرهم من البالغين

1. احتياج المُسِنّين للكالوري (السعرات الحرارية) منخفض مقارنة بالبالغين، بسبب انخفاض معدلات الاستقلاب (الأيض) Metabolism عندهم، وهي تفاعلات الجسم الكيمائية من بناء وتقويض، وذلك في الحالات الطبيعية، وليس في الأمراض والنشاط والحركة، حيث ترتفع معدلات الاستقلاب (الأيض).
2. تؤثر التغيرات التي تصاحب تقدم العمر تأثيراً سلبياً على تغذية المُسِنّين، مثل ضعف حاسة الشم والتذوق، وضعف الإحساس بالجوع والعطش.
3. احتياج المُسِنّين لمخَصَّصات يومية الفيتامينات والبروتينات والمعادن أكثر من احتياج البالغين.
4. استخدام المُسِنّين للعديد من الأدوية التي قد تحدث فقدان للشهية.
5. تعرُّض المُسِنّين لسوء التغذية بنسب أكبر من البالغين، والذي قد يكون إما على هيئة فقدان للوزن، وإما على هيئة السمنة.
6. احتياج المُسِنّين لتقييم الحالة الغذائية بفترات دورية متقاربة، وبالأخص في حالة ظهور بعض الأمراض أو تفاقمها، وذلك لعدم قدرتهم على مجابهة التغيرات التي تصاحب تلك الأمراض، بسبب عدم كفاية المخزون الاحتياطي لديهم من المغذيات المختلفة.

الهَرَم الغذائي العام والهَرَم الغذائي للمُسِنّين

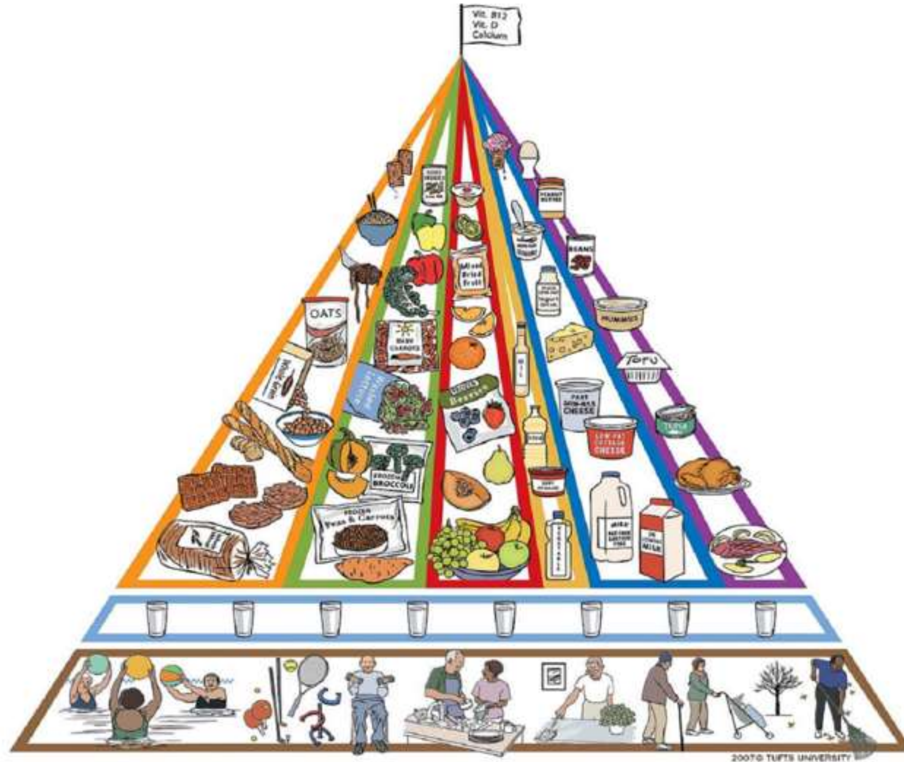
الهرم الغذائي Food pyramid هو رسم إيضاحي لاحتياجات الأفراد من المغذيات المختلفة، مرتبة من القاعدة للقمة وفقاً لأهميتها، وذلك لمساعدتهم على تلبيتها.

يختلف الهرم الغذائي للمُسِنّين (صورة رقم1) عن الهرم الغذائي العام للفئات العمرية الأخرى من حيث:

1. تشير قاعدة الهرم لأهمية ممارسة النشاط الجسدي، وذلك لتأثيره الإيجابي على صحة المُسِنّين.
2. الإشارة لتناول كميات وافرة من السوائل، وذلك لتجنب الجفاف والذى تزداد نسبته بين المُسِنّين.
3. إدراج المغذيات المختلفة، والتي تظهر في الهرم الغذائي بصورة متساوية من حيث الأهمية، وتشمل تلك المغذيات:

- **مصادر للنشويات** مثل الحبوب الكاملة كالأرز البني (غير المقشور) وخبز القمح الكامل (غير المقشور).

- **مصادر للفيتامينات** مثل الخضروات ذات الألوان الساطعة كالجزر والبروكلي والفواكه ذات الألوان القاتمة كالتوت والبطيخ.
- **مصادر للبروتين** مثل الحليب والزبادي (اللبن الرائب) المنخفض الدسم والأجبان، واللحوم والأسماك والطيور، والبقول الجافة بأنواعها المختلفة كالفاصوليا.
- **مصادر للدهون** مع تفضيل الدهون السائلة والزيوت النباتية الغير المشبعة.
- وأخيراً وعلى قمة الهرم إشارة تفيد احتياج نسبة كبيرة من المُسِنّين، وليس جميعهم، إلى مكملات غذائية من الكالسيوم وفيتامين D وفيتامين B_{12}.



الهَرَم الغذائي للمُسِنّين[1]

[1] Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, Epstein SR, Russell RM. Modified MyPyramid for Older Adults. *J Nutr*. 2008; 138:78-82. Modified MyPyramid for Older Adults. © 2007 Tufts University, http://www.nutrition.tufts.edu/research/modified-mypyramid-older-adults

الاحتياجات اليومية للمُسِنّين من الكالوري (السعرات الحرارية) والمغذيات

الكالوري (السعرات الحرارية)	25-35 كالوري (كيلو سعر حراري) لكل كيلو غرام من الوزن ولا ينطبق هذا على حالات السمنة	
البروتين	0.8-1.5 غرام/كيلو غرام من الوزن، ولا ينطبق هذا على حالات السمنة وبعض الأمراض	
الكالسيوم	1200 ميلي غرام	
فيتامين E	15 ميلي غرام	
فيتامين D	15 ميكروجرام	
فيتامين B_{12}	2.4 ميكروجرام	
حمض الفوليك	400 ميكروجرام	
الماغنسيوم	420 ميلي غرام للرجال	320 ميلي غرام للسيدات
فيتامين B_1	1.2 ميلي غرام للرجال	1.1 ميلي غرام للسيدات
فيتامين B_2	1.3 ميلي غرام للرجال	1.1 ميلي غرام للسيدات
فيتامين B_6	1.7 ميلي غرام للرجال	1.5 ميلي غرام للسيدات
فيتامين C	90 ميلي غرام للرجال	75ميلي غرام للسيدات

مؤشرات الجفاف في المُسِنّين

ويجب الانتباه إلى أعراض الجفاف يمكن أن توجد بدون حدوث الجفاف، بل كأعراض مصاحبة لتقدم العمر. وهي:

- قلة إفراغ البول
- ارتفاع درجة حرارة الجسم.
- الإمساك.
- جفاف الأغشية المخاطية، وخصوصاً المبطنة للفم.
- الهذيان واضطراب الوعي.

مؤشرات الحالة الغذائية للمُسِنّين

1. التاريخ الغذائي للفرد بتدوين المذكرة الغذائية اليومية.
2. التاريخ المرضي والدوائي للفرد.
3. قياسات الجسم المختلفة.
4. فحوصات مختبرية (معملية)، مثل قياس البروتينات والألبومين بالدم.

صورة توضيحية للمذكرة الغذائية اليومية

التاريخ والزمن	نوع الغذاء	المحتوى البروتيني	المحتوى النشوي	المحتوى الدهني	الكالوري (السعرات) الحرارية)	الكمية المتناولة

مؤشرات سوء التغذية

1- **منسب كتلة الجسم Body mass index** ويقاس بحساب الوزن بالكيلو غرام/ مربع الطول بالمتر، ويعتبر من أهم مَناسِب [جمع مَنْسَب index] سوء التغذية حيث أن:

- منسب كتلة الجسم الطبيعي هو (18.5-24.9).
- منسب نقص الوزن أقل من 18.5.
- منسب زيادة الوزن يساوي 25-29.9.
- منسب السمنة يساوي أو أكثر من 30.
- منسب السمنة المفرطة يساوي أو أكثر 40.

ويعتبر انخفاض الوزن بأكثر من 20% خلال ستة أشهر مؤشراً على سوء التغذية، وعلى أن هناك سبباً هاماً لسوء التغذية يجب البحث عنه.

2- **التاريخ الغذائي** ويمكن تقييمه بالحصول على المعلومات إما من المُسِنّ نفسه وإما من القائمين على رعايته، ولا سيما عند كتابة مذكرات غذائية تتضمن كل ما يتناوله المُسِنّ يومياً لمدة خمسة أو ستة أيام، أو باستخدام أحد المقاييس المخصصة لتقييم خطر سوء التغذية، مثل مقياس تقييم التغذية المُصَغَّر.

3- **الفحوصات المختبرية (المعملية)**، إذ يعتبر كل من نقص الألبومين والكوليسترول والليبتين من مؤشرات سوء التغذية.

تقييم المُسِنّ المصاب بسوء التغذية

ينبغي فحص المُسِنّ فحصاً شاملاً مع الاهتمام بما يلي:

- أعراض سوء التغذية في الفحص السريري (الإكلينيكي)، مثل الشحوب نتيجة فقر الدم (أنيميا)، أو تشقق وجفاف الجلد نتيجة نقص بعض الفيتامينات، بسبب قلة توافر العناصر التي يحتاج إليها المُسِنّ.
- أعراض في الفم والأسنان، لاكتشاف الصعوبات التي تواجهه التغذية السليمة، مثل فقدان عدد كبير من الأسنان.
- مراجعة مقدار ممارسة المسن للأنشطة البدنية، ومدى ملاءمة الأغذية التي يتناولها لتوفير الطاقة اللازمة له.
- استعراض الأمراض والأدوية التي قد تؤثر على الشهية، مثل أمراض الجهاز الهضمي والكبد، أو الأمراض التي تستدعي تناول أصناف محددة من الطعام، مثل السكري وأمراض الكبد والكلية.

أدوار أفراد فريق رعاية المُسِنّين في توفير التغذية السليمة لهم

1. **اختصاصي التغذية:** يقوم بتقييم الحالة الغذائية للمُسِنّ وشرح الهرم الغذائي للمُسِنّين له وإرشاده للأغذية المناسبة وفقاً لاحتياجاته والأمراض التي يعاني منها.
2. **اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل:** يحدِّد مستوى الأنشطة التي يمارسها المُسِنّ واحتياجاته من الطاقة لكل نشاط.
3. **الصيدلي:** يراجع الأدوية وتأثيرها على التغذية.
4. **الاختصاصي النفسي:** يحدد إذا ما كان سوء التغذية لسبب نفسي أو عقلي مثل الاكتئاب أو الخرف أم لا.

حالة للمناقشة الحالة 4-2

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009.
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2012, 14 th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2012.

الفصل (3-4) الإقلاع عن التدخين في المُسِنّين

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

يستطيع المتدرب بنهاية هذا الفصل أن:

- يتعرّف على ما يجب عليه فعله تجاه التدخين لدى المُسِنّيْن والإقلاع عنه.
- يتعرّف على المفاهيم الخاطئة عن التدخين لدى المُسِنّيْن ومحاولة تغييرها.
- يساعد المُسِنّ في اتخاذ قرار الإقلاع عن التدخين.
- يتعرف على مراحل التغيير السلوكي تجاه التدخين.
- يحدد صعوبات الإقلاع عن التدخين لكل مدخن.
- يضع خطة الإقلاع عن التدخين.
- يتعرف على كيفية معالجة أعراض انسحاب النيكوتين.

القائمون على تقديم الرعاية الأولية وتدخين المُسِنّين

1. يجب سؤال المُسِنّ عما إذا كان يدخن، بأي صورة من صور التدخين المختلفة مثل السجائر والشيشة (النرجلية) وغيرها في كل زيارة.
2. يجب نصح جميع المدخنين بالإقلاع عن التدخين.
3. تقييم مدى رغبة المُسِنّ في الإقلاع عن التدخين فعلياً.
4. مساعدة المريض بوضع خطة الإقلاع عن التدخين، وتقديم المعلومات الكافية له، والتوصية بالعلاجات التي يمكن استخدامها.

المفاهيم الخاطئة عن التدخين لدى المُسِنّيْن

أهم وأخطر المفاهيم الخاطئة عن التدخين لدى المُسِنّين هي:

1. أن إقلاعهم عنه لن يجدي نفعاً.
2. أن تدخين الشيشة أخفّ ضرراً من تدخين السجائر.

يجب على مقدم الرعاية الصحية الأولية أثناء تطرقه للحديث عن الإقلاع عن التدخين التطرق لهذين المفهومين الخاطئين، ومحاولة نقضهما لدى المُسِنّ لأنهما من المفاهيم الشائعة.

مساعدة القائمين على الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين على اتخاذ قرار الإقلاع عن التدخين

1. توضيح مخاطر التدخين لهم، مثل أمراض القلب والشرايين التاجية، وأمراض الرئة، وسرطان الرئة، وسرطان المثانة، وأمراض الشرايين الطرفية أو المحيطية.
2. ربط مشاكل المُسِنّ الصحية بالتدخين.
3. توضيح أن بعض مضاعفات التدخين، ولا سيما المضاعفات الرئوية، تتحسن عند الإقلاع عن التدخين مهما كانت الفترة التي قضاها المُسِنّ في التدخين.
4. توضيح الموازنة بين الإقلاع عن التدخين وبين الاستمرار فيه، وترك الخيار للمُسِنّ المُدَخِّن، إما الإقلاع عنه والتمتع بالصحة وإما الاستمرار فيه والوقوع ضحية للأمراض وللأورام.

5. إعطاء رسالة واضحة للمُسِنّ المُدَخِّن مفادها: **بوصفي طبيبك المعالج فإن واجبي يدفعني لأنصحك بالإقلاع عن التدخين.**

مراحل التغير السلوكي تجاه التدخين التي يجب على القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية إدراكها وملاحظتها لدى المُسِنّ

- مرحلة (ما قبل الاعتزام) : عدم التخطيط للإقلاع عن التدخين خلال الستة اشهر القادمة
- مرحلة عقد العزم: عقد العزم على الإقلاع عن التدخين خلال الستة أشهر القادمة.
- مرحلة الإعداد: التخطيط للإقلاع عن التدخين خلال الثلاثين يوماً القادمة.
- مرحلة الفعل: الإقلاع بنجاح خلال فترة أقل من ستة أشهر.
- مرحلة الاستمرارية: الإقلاع بنجاح لفترة ستة أشهر أو أكثر.

الصعوبات التي تواجه القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في إقلاع المُسِنّين عن التدخين

1- عدم ترحيب المُسِنّين بالإقلاع عن التدخين مقارنة بغيرهم من البالغين.
2- غالبا ما يكتفي المُسِنّون بالمرحلة الأولى في التغير السلوكي.
3- معظم المُسِنّين المُدَخِّنين الذين تخطوا الستين من العمر يواصلون التدخين لأنهم لا يهتمون أو لا يعتزمون الإقلاع عنه أصلاً.
4- العيش لفترات طويلة مع أقارب أو أصدقاء مدخنين.

يجب الأخذ في الاعتبار أنه حين يعتزم المُسِنّ الإقلاع عن التدخين رغم الصعوبات التي يواجهونها، فإن هذا ينمّ عن رغبته الصادقة في الإقلاع عنه فعلاً، ويزيد من فرص نجاحه، وهو ما أثبتته الدراسات العلمية، ويجب أن يدعمه القائمون على تقديم الرعاية الأولية بشدة.

وضع خطة الإقلاع عن التدخين

- يُطلَب من المُسِنّ أن يختار يوماً محدداً للإقلاع عن التدخين خلال الشهر المقبل وذلك لإتاحة الوقت لرسم خطة الإقلاع عنه.
- تحديد ما إذا كان سوف يتم استخدام بدائل النيكوتين في خطة الإقلاع عن التدخين.
- تحديد ما إذا كان المُسِنّ في حاجة إلى استشارة متخصصة، أو يريد حضور مجموعات الإقلاع عن التدخين في العيادات الخاصة بالإقلاع عن التدخين بأقسام الأمراض الصدرية والطب النفسي.
- إخبار المُسِنّ بأن عليه التخلص من جميع السجائر في اليوم المخصص لبدء الإقلاع.

خطوات المشورة السريرية حول الإقلاع عن التدخين في مجموعة الأدوات لمراكز الرعاية الصحية الأولية المُراعِيَة للسِّنّ:



المصدر:

WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings, World Health Organization, 2002.

معالجة أعراض انسحاب النيكوتين

أولاً: الأعراض الجسدية:

استخدام بدائل النيكوتين، وقد لا يحتاجها المُسِنّ، أو يحتاج إلى جرعات قليلة إن كان يدخن أقل من عشر سجائر يومياً. وفي حالة وجود موانع لاستخدام بدائل النيكوتين يمكن استخدام أدوية معينة.

ثانيا: الأعراض النفسية أو السيكولوجية:

1. نصح المُسِنّ بعدم ارتياد الأماكن أو مع الأشخاص المُدَخِّنين.
2. نصح المُسِنّ باستخدام العصائر والماء بدلاً من القهوة، والامتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية لأنها ترتبط بالتدخين.
3. نصح المُسِنّ بممارسة المشي بدلاً من الاستراحة لرشف القهوة.
4. نصح المُسِنّ باستخدام العلكة أو السكاكر بدلاً من السجائر.
5. نصح المُسِنّ الذي أقلع عن التدخين حينما يشعر بالحاجة إلى النصح، حتى يشعر بالمساندة، ويمكن تقديم النصح إما عن طريق الهاتف، أو الاستشارات الفردية، أو الاستشارات الجماعية، ويجب إشراك أفراد العائلة أيضاً في رسم وتنفيذ خطة الإقلاع عن التدخين.

يجب أن تشارك عائلة المُسِن أو القائمين على تقديم الرعاية له في تطبيق جميع مراحل خطة الإقلاع عن التدخين، حتى يشعر المُسِنّ المُقْلِع عن التدخين بالدعم النفسي الذى يساعده على الاستمرار في الإقلاع عن التدخين.

أدوار أفراد فريق تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ في مساعدته على الإقلاع عن التدخين

1- **الاختصاصي النفسي:** يستطيع دفع المُسِنّ في المراحل الإيجابية للتغيير السلوكي تجاه الإقلاع عن التدخين.
2- **الصيدلي:** يساعد المُسِنّ في اختيار بدائل النيكوتين والأدوية الأخرى الملائمة لكل مُسِنّ على حدة.
3- **اختصاصي التغذية:** يساعد المُسِنّ في تغيير العادات الغذائية التي ارتبطت لديه بالتدخين، مثل ضرورة التدخين مع تناول القهوة، واستبدالها بعادات أكثر صحة، مثل تناول الفاكهة والإقلال من تناول القهوة.

حالة للمناقشة: الحالة 4-2

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009.
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2012, 14 th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- Elhassan A, Chow RD. Smoking Cessation in the Elderly. Clinical Geriatrics.2007;15 (2) 38-45.
- منظمة الصحة العالمية (WHO). مجموعة الأدوات لمراكز الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن. 2008.

الفصل (4-4) النشاط البدني والرياضة لدى المُسِنّين

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يدرك فوائد النشاط والرياضة لدى المُسِنّيْن.
- يدرك المفاهيم الخاطئة والصائبة عن النشاط والرياضة لدى المُسِنّيْن.
- يقوم بدوره في تقييم المُسِنّ قبل ممارسته للرياضة.
- يتعرف على أنواع تدريبات المُسِنّيْن المختلفة.
- يتعرف على دور أفراد فريق الرعاية في مساعدة المُسِنّ على ممارسة الرياضة.

فوائد الرياضة والنشاط لدى المُسِنّيْن

- تقلل الرياضة والنشاط لدى المُسِنّيْن من حدوث الأمراض الشائعة في المُسِنّين، مثل تَخَلْخُل العظام، والسقوط المتكرر، والكسور، والسكري ، وأمراض القلب والشرايين التاجية، وارتفاع ضغط الدم، والسكتات الدماغية، وأمراض الشرايين المحيطية أو الطرفية، وأمراض المفاصل، كما تقلل من معدلات الوفاة.
- تساعد الرياضة والنشاط لدى المُسِنّيْن في علاج وتقليل مضاعفات معظم الأمراض السابقة، بالإضافة إلى تأثيرها في تحسين الحالة النفسية والعقلية، وتدبير اضطرابات النوم لبعض المسنين الذين يعانون من تلك الأعراض.
- تساعد ممارسة الرياضة أو الأنشطة المختلفة التي لا تندرج تحت برنامج تدريبي معين مثل المشي المُسِنّين على تعزيز استقلاليتهم، وجودة حياتهم، وتحسين كفاءة كل جهاز من أجهزة الجسم مثل الجهاز القلبي الوعائي (الدوراني) والتنفسي والهضمي والحركي، وحفظ حالته الوظيفية.

المفاهيم الخاطئة حول ممارسة الرياضة والأنشطة لدى المُسِنّين

- **المُسِنُّون لا يستطيعون ممارسة الرياضة، وهذا خطأ، إذ يستطيع المُسِنّون ممارسة الرياضة بأمان، وذلك بعد التقييم الشامل لكل منهم، ووصف الرياضة المناسبة له.**
- **ممارسة الرياضة لا تأتي بالمنافع المتوقعة لها لدى المُسِنّين، وهذا خطأ، إذ أن ممارسة الرياضة، وحتى الأنشطة المعتدلة منها، مثل المشي البسيط، تأتي دائماً بمنافعها، مهما كان السِّنّ الذي تُمارَس فيه.**
- **بعض التدريبات لا تناسب المُسِنّين مثل تدريبات القوة، وهذا خطأ، إذ يستطيع المُسِنُّون ممارسة جميع أنواع الرياضة، بما فيها تدريبات القوة والتحمل، بعد الاستشارة الطبية.**
- **وجود بعض الأمراض كأمراض القلب لدى المُسِنّين يمنعهم من ممارسة الرياضة**، وهذا خطأ، فأمراض القلب المستقرة وغير الحادة لدى المُسِنّين لا تعوق ممارسة الرياضة، وإنما تستدعي استشارة متخصصة لطبيب القلب وطبيب الروماتيزم واختصاصي التأهيل لوصف الرياضة المناسبة وطريقة ممارستها.
- **توجيه النصح للمُسِنّ بممارسة الرياضة يقابله بالرفض، لذا يتم الإحجام عنه**، وهذا خطأ، إذ يجب توجيه النصح بممارسة الرياضة أو الأنشطة للمُسِنّين مع إيضاح فائدتها، وإجراء الاستشارات المتخصصة التي تطمئنهم.

أدوار القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في وصف النشاط أو الرياضة للمُسِنّ

أولاً: إجراء التقييم الشامل للمُسِنّ قبل البدء بممارسة الرياضة، وخصوصاً لإظهار عوامل الخطورة والإصابة بأمراض القلب، ومراجعة كل ذلك مع الطبيب الاختصاصي بأمراض القلب وقد يستدعي ذلك تخطيط القلب أثناء اختبار الجهد، والاختصاصي بالروماتيزم، واختصاصي التأهيل.

ثانياً: تدوين الصعوبات الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية والغذائية التي قد تعيق المُسِنّ عن ممارسة الرياضة، ومناقشتها ومحاولة إيجاد حلول لها بمشاركة أفراد فريق الرعاية الآخرين.

ثالثاً: تشجيع المُسِنّ والقائمين على رعايته على ممارسة الرياضة، وإيضاح فوائدها، والاستشارات والفحوصات التي سوف تجرى للمُسِنّ قبل البدء بها لضمان سلامته.

رابعاً: التدريبات التي يمكن للمُسِنّ ممارستها.

1. النشاط المثالي هو المشي السريع بسعة 4 أميال/ساعة لمدة 30 دقيقة يومياً بما يزيد على 5 أيام أسبوعياً.
2. البدء بسرعة أقل وقضاء وقت أقل ثم الزيادة التدريجية في السرعة وفي الوقت.
3. الزيادة بمعدل 10 دقائق في كل مرة.
4. يمكن استبدال المشي السريع بأنشطة أخرى مثل حركات الرقص الشعبي أو التقليدي.
5. يمكن البدء بتدريبات القوة، مثل رفع أثقال خفيفة لمدة 15 دقيقة مرتين أسبوعياً وزيادتها تدريجياً.
6. يفضل ممارسة الرياضة في جماعة أو في جو اجتماعي يشجع على الاستمرار في الرياضة.
7. يجب التأكيد على عدم تفويت وقت ممارسة الرياضة، والإصرار على تخصيص وقت له.
8. يقتنع المُسِنُّون أكثر بممارسة الرياضة عندما يلاحظون أن القائمين على تقديم الرعاية لهم يمارسونها هم أيضاً.
9. عدم تقديم أية نصائح للمُسِنّ حول ممارسة الرياضة إلا بعد التقييم الصحي الشامل له، والتأكد من سلامته وسلامة البيئة التي سيمارس فيها الرياضة.

خامساً: موانع ممارسة المُسِنّ للرياضة

1. أمراض الجسم في مراحلها النهائية غير المستقرة.
2. نزف الشبكية أو عملية جراحية عينية حديثة العهد.
3. الخَرَف الشديد المتأخر والاضطراب السلوكي غير المتحكم به.
4. إصابات حادة في الجهاز العضلي والهيكلي.
5. الإصابة بقصور حاد وغير مستقر في الشرايين التاجية والمراحل المتأخرة من فشل القلب الاحتقاني وأمراض صمامات القلب الشديدة.
6. اضطرابات نظم القلب غير المستقرة والوخيمة.
7. ارتفاع ضغط الدم الانبساطي لأكثر من 200 ميلي متر زئبق والانقباضي لأكثر من 110 ميلي متر زئبق.
8. أم الدم الأبهرية أو الدماغية.
9. تاريخ نزف دماغي حديث.

سادساً: الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ الذي يمارس الرياضة بعد تقييمه.

سابعاً: مساعدة القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ في ممارسته للرياضة.

العقبة	تذليل العقبة
التمرين شاق	البدء بالمشي العادي، أو بتمرين بسيط تستطيع القيام به بسهولة.
ضيق الوقت	جرّب أن تخصّص وقتاً، فستنجح في ذلك.
الشعور بالتعب قبل التمرين	ذكّر نفسك بأن "الرياضة تمنح القوة".
خوف الفشل	الرياضة ليست امتحاناً، ولكنها ممارسة محبوبة، والتدريج فيها يبعد عن الفشل في استكمالها.
عدم وجود رفيق	اسأل الذين حولك، فقد تجد من يبادلك الرغبة ذاتها في الرياضة مع رفيق. ومن الرياضة ما هو ممتع بالممارسة المنفردة.
عدم وجود مكان مناسب	فكِّر في نشاط يمكنك القيام فيه بالرياضة، مثل المشي في مجمع تجاري أو حول البيت أو ضمن البيت أثناء مشاهدة التلفزيون.
الخوف من الإصابات	المشي بعيد عن الإصابات، ولا سيما في المناطق المضاءة جيداً.
رداءة الطقس	المشي في البيت أو في المجمعات التجارية المغلقة خيار جيد.
الملل	اجعل الرياضة ممتعة بالاستماع إلى مختارات مما تحب الاستماع إليه أو بالمشاركة مع رفيق يسليك أو بقضاء حاجاتك اليومية أثناء التمرين أو بمكافأة نفسك في نهاية التمرين.
زيادة الوزن	هناك رياضة مريحة لك مثل المشي.
التقدم في العمر	هناك رياضة تناسب عمرك مثل المشي.

المصدر: توصيات الرياضة في الممارسة السريرية، مترجمة بتصرف.

أدوار أفراد فريق رعاية المُسِنّ في مساعدته على ممارسة الرياضة

1- **اختصاصي التغذية:** يزوِّد المُسِنّ بالبرنامج الغذائي المحدد الذى يجب اتباعه أثناء ممارسة الرياضة لإمداده بالطاقة اللازمة.

2- **اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل:** يقيّم الحالة الجسدية للمُسِنّ، بالتعاون مع طبيب الروماتيزم، للتوصل للأنشطة والتدريبات المناسبة لكل فرد، وتدريبه عليها، والإشراف عليه أثناء ممارستها.

3- **اختصاصي العلاج الوظيفي:** يقوم بتهيئة البيئة المحيطة بالمُسِنّ لمساعدته على ممارسة الرياضة بسهولة وأمان.

4- **الصيدلي:** يقوم بمراجعة أدوية المُسِنّ وما يحتاج منها لتعديلات في الجرعة أو المواعيد أثناء ممارسة الرياضة مثل حقن الإنسولين.

حالة للمناقشة: الحالة 4-4

مراجع استرشادية:

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009
- Pompei P, Murphy JB, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 6th ed. New York: American Geriatrics Society; 2006.
- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2010, 12th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2010.
- National Institute on Aging. Exercise: A Guide from the National Institute on Aging. Documents & Reports. National Institute on Aging. Reprinted April 2008. Available at http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/25C76114-D120-4960-946A-3F576B528BBD/0/ExerciseGuide_2008.pdf, Accessed 15,Octoper, 2011.
- مجموعة الأدوات لمراكز الرعاية الصحية الأولية(WHO) منظمة الصحة العالمية المراعية للسن. 2008

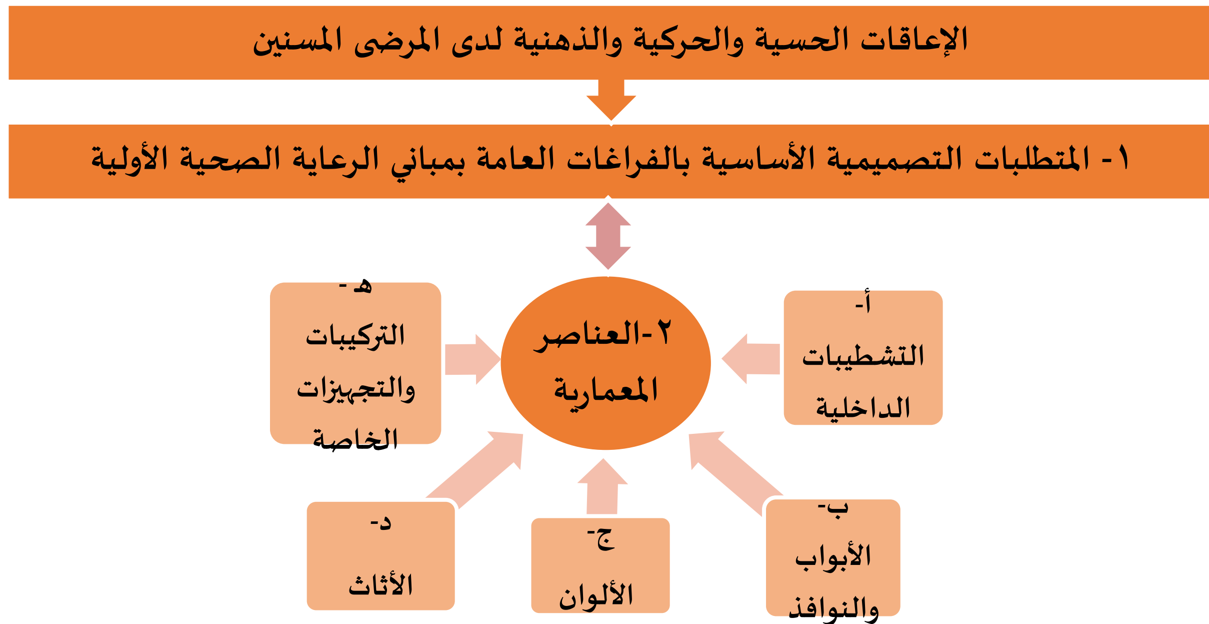
الفصل (4-5) التصميمات البيئية والهندسية المناسبة للمُسِنّين

المهندسة ميادة معروف الخولي ، الدكتور أحمد شوقي محمدين

في نهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرَّف على التغييرات الفيزيولوجية للمُسِنّيْن والإعاقات التي تحتاج لتصميمات معمارية خاصة.
- يعرِّف المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالتصميمات الصديقة للمُسِنّيْن والتعامل معها.
- يتمكن من تقييم مبنى الرعاية الصحية من حيث مدى ملاءمته لاحتياجات المُسِنّ.
- تقديم النصح حول كيفية إضافة تعديلات معمارية بسيطة للمبنى لجعله ملائماً.

توجد العديد من المنشآت التي تقدَّم فيها خدمات الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّيْن، ولكن كثيراً منها وللأسف ينقصها التصميم المعماري الملائم للاحتياجات المختلفة للمرضى المُسِنّيْن، والتي تميزهم عن المرضى من الفئات العمرية الأخرى. فالتصميمات المعمارية الملائمة للمُسِنّيْن تمثل تحدياً حقيقياً للمصمم المعماري، حيث إن المُسِنّيْن فئة متفاوتة في احتياجاتها، فمن حيث القدرات الحركية مثلاً، فإن منهم من هو صحيح البدن ومستقل حركياً، ومنهم من يستخدم إحدى الوسائل الحركية المساعدة مثل الكرسي المتحرك أو العكازات. لذلك يجب أن تتسم التصميمات المعمارية لمباني المُسِنّيْن بشمولها لجميع القدرات المتفاوتة للمُسِنّيْن، سواء كانت قدرات حركية أم قدرات حسية أم قدرات عقلية. وهناك دراسات مفصلة أشير إليها في قائمة المراجع حول الطبيعة الهندسية الملائمة للمُسِنّيْن في المباني الصحية.



شكل رقم (١): يوضح العلاقة بين الإعاقات التي تصيب المُسِنّين وبين متطلبات التصميم المعماري وعناصره المختلفة.

التغييرات والإعاقات التي تصيب المُسِنّيْن وينبغي تلبية احتياجاتها في التصميم

1- **التغييرات والإعاقات الحركية**: مثل عدم القدرة على الحركة المستقلة، واضطرار المُسِنّ لاستخدام إحدى الوسائل الحركية المساعدة مثل الكرسي المتحرك أو العصا أو المشاية أو العكازات.

2- **التغييرات والإعاقات الحسية:** مثل الإعاقة البصرية أو السمعية أو اللمسية.

3- **التغييرات والإعاقات الذهنية:** مثل أعراض مرض ألزهايمر.

المفاهيم الخاطئة عن تصميمات المباني الصديقة للمُسِنّيْن

1- **المُسِنّون لا يحتاجون لتصميمات معمارية خاصة بهم**، وهذا غير صحيح بسبب اختلافهم عن الفئات العمرية الأخرى.

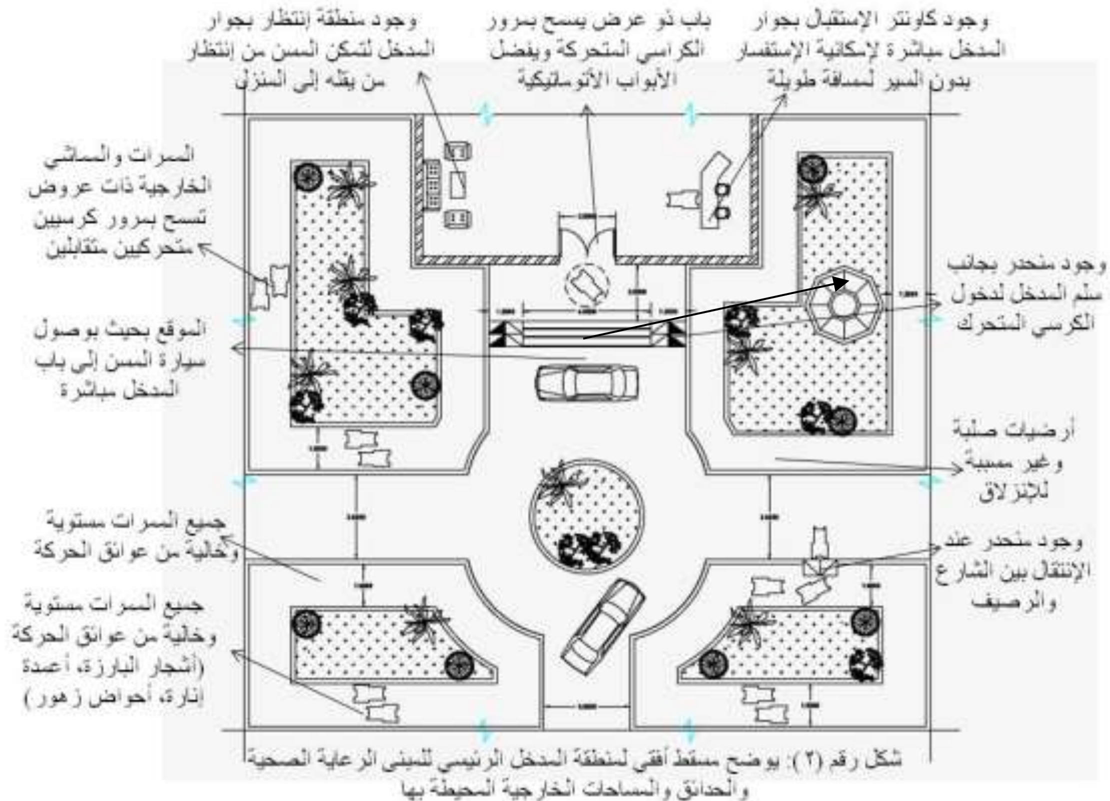
2- **التصميمات المعمارية للمُسِنّيْن مُعَقَّدة وتحتاج لتكاليف عالية**، وهذا غير صحيح لأن من الممكن عملها بالحد الأدنى من التكاليف المتواضعة، وهي توفِّر في ميزانيات العلاج للمُسِنِّين وفي المضاعفات المرضية التي يتعرضون لها مثل السقوط.

3- **تحتاج معرفة تصميمات المباني الصديقة للمُسِنّيْن إلى خبراء ذوي تخصصات معقّدة**، وهذا غير صحيح، إذ يمكن للمهندس العادي إدراكها، وتبين الصور الإيضاحية التجميعية المبسطة تلك التصميمات.

1- المتطلبات الأساسية في تصميم المساحات العامة في مباني الرعاية الأولية

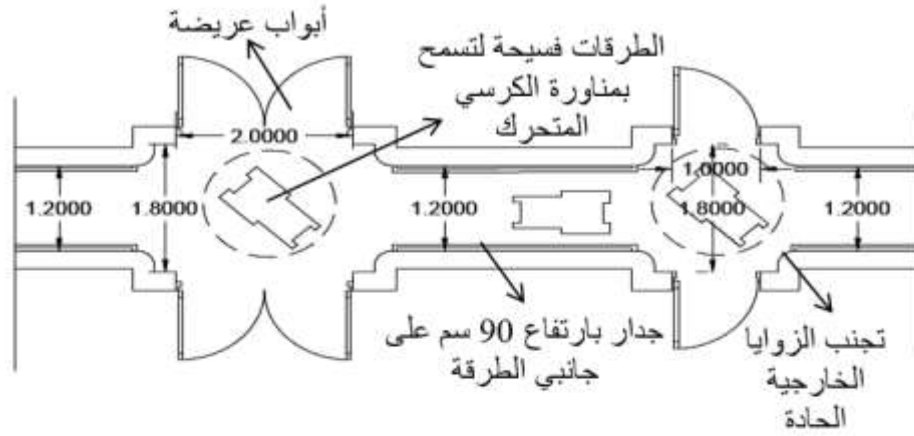
أ. المداخل والمساحات الخارجية

أما بالنسبة لارتفاع مكتب الاستقبال، فيجب أن يكون مجهزاً للتعامل مع المريض المُسِنّ الواقف أو المُسِنّ الجالس على كرسي متحرك، ويتم هذا باستخدام كرسي ومكتب يمكن تعديل ارتفاعهما.



شكل رقم (٢): يوضح مسقط أفقي لمنطقة المدخل الرئيسي للمبنى الرعاية الصحية والحدائق والمساحات الخارجية المحيطة بها

2- الطرقات والممرات

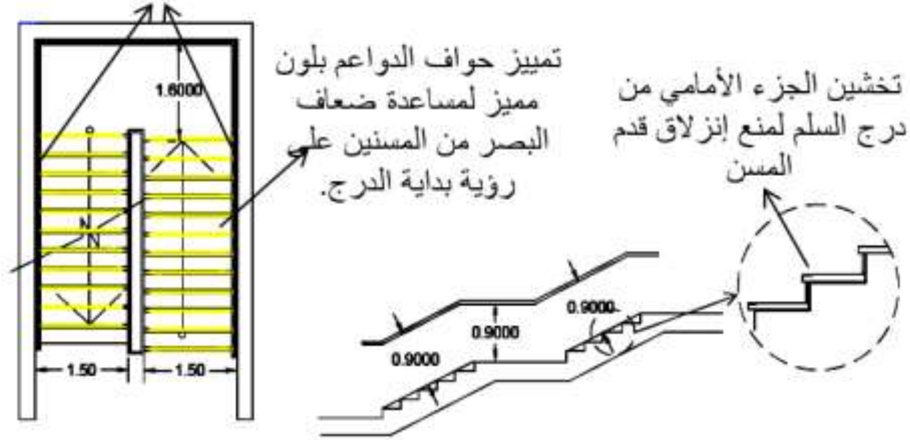


شكل رقم (٣) يوضح أهم المتطلبات التصميمية للطرقة الداخلية للمبنى

- تجنب الطرقات المنحنية والطويلة، بحيث لا يزيد طول الطرقة المستمرة عن 30متراً.
- يجب خلو الطرقة من الأشياء البارزة المعلقة على ارتفاع لا يستطيع المُسِنّ الكفيف أو ضعيف البصر تحسسها بالعصا التي يتكأ عليها.
- يجب تجنب العلامات الإرشادية المكتوبة على الأرضيات، حيث إنها غير ملائمة في الطرقات التي تكون الحركة فيها سريعة ومزدحمة، مما يجعلها غير واضحة للعين.

3- السلم أو الدرج

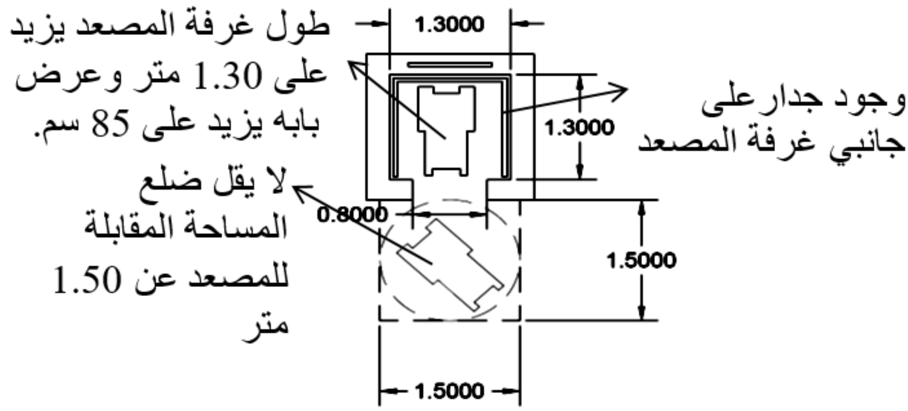
- يراعى عدم وجود بئر للسلم، حتى لا يتعرض المريض لخطر وقوع ما يحمله من مقتنياته فيه إثناء صعوده أو هبوطه للسلم.
- أن يكون ميل المحور أقل من 30% بحيث لا يزيد ارتفاع الدرجة الواحدة القائمة عن 17 سم ولا يقل عرض المساحة الأفقية منها عن 25 سم.



شكل رقم (٤): يوضح أهم المتطلبات التصميمية للسلم الداخلي للمبنى

1- المصاعد

- يجب تجهيز كافة المباني بمصعد واحد على الأقل، وفي حالة ارتفاع المبنى لأربع طوابق أو أكثر يجب توفير مصعدين يستخدمان بالتبادل ضماناً لاستمرار الاستخدام.
- يجب أن تكون أزرار التحكم بالمصعد واضحة، وعلى خلفية تجعلها ظاهرة وواضحة بصرياً، ويفضل أن تكون مكتوبة أيضاً بطريقة برايل، كما يجب أن تكون في متناول مستخدمي الكراسي المتحركة.
- تزويد كابينة المصعد بنظام الإرشادات المسموعة لإخبار المريض الأصم أو ضعيف السمع برقم الطابق عند الوصول إليه.



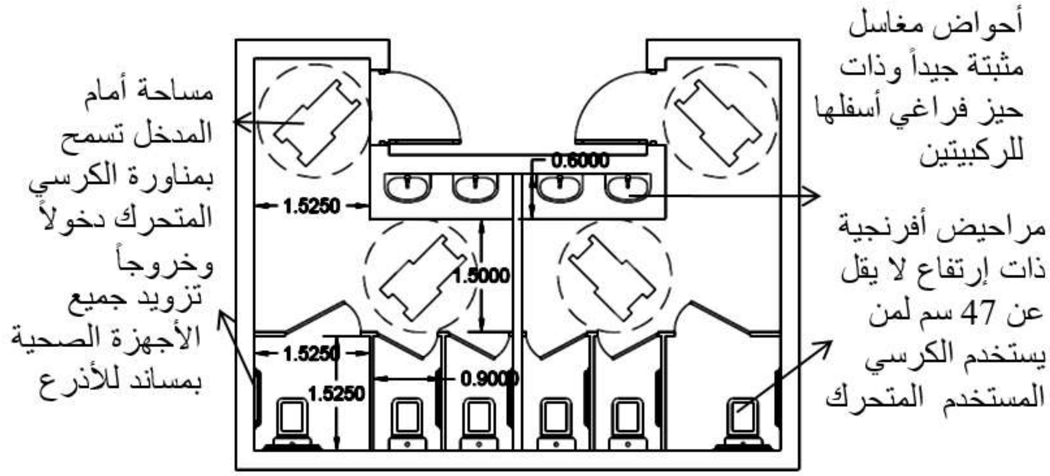
شكل رقم (٥): يوضح أهم المتطلبات التصميمية للمصعد

2- أماكن الانتظار

- يجب أن تزود مناطق الانتظار بدورات مياه للجنسين، مع مراعاة سهولة الوصول إليها، وتطبيق جميع الاشتراطات الخاصة بأمن وسلامة المرضى من مستخدمي الكرسي المتحرك. وقد يلحق بها دورة مياه مخصصة لأخذ العينات.
- يجب توفير الإضاءة الطبيعية الملائمة للقراءة مع تجنب الضوء الساطع وتوفير الإضاءة الصناعية المساعدة والملائمة للفراغ.
- يجب الاهتمام بالتهوية الطبيعية والجيدة مع تجنب تيارات الهواء.
- يراعى أن يتم توفير جميع المعالجات الصوتية والعزل الصوتي بهذا الفراغ نظرا للضوضاء المتوقعة من كثرة المترددين على المبنى.

3- دورات المياه

- يجب الفصل بين الجنسين داخل دورات المياه، للحفاظ على خصوصية وراحة المرضى.
- يجب ألا تزيد المسافة بين الغرف العلاجية ودورات المياه العامة الموجودة بالطرقات عن 12 متر كحد أقصى.
- يجب أن يتم تزويد دورة المياه بجهاز لاستدعاء للممرضة عند الضرورة، بالإضافة لضرورة أن يكون باب دورة المياه سهل الفتح من الخارج لنجدة المريض في حالة الطوارئ.
- تجنب وضع أي أطقم حمامات أو سجاجيد في المناطق التي قد تتعرض للبلل.



شكل رقم (٦): يوضح أهم المتطلبات التصميمية الواجب توافرها في دورات المياه

2- العناصر المعمارية التي تستخدم لتحقيق المتطلبات التصميمية بالفراغات العامة

الأبواب

1- عرض ملائم يسمح بمرور الكرسي المتحرك (86 سم إلى 95 سم).
2- سهولة الاستخدام بحيث يكون سهل الفتح ولا يحتاج لقوة عضلية كبيرة لفتحه.
3- الأبواب المنزلقة الأوتوماتيكية مع وضع علامات على الأبواب الزجاجية.
4- استخدام التباين اللوني في إبراز المقبض.
5- المقبض على ارتفاع 80 إلى 100سم من سطح الأرضية.

النوافذ

1. يجب أن تتسم جميع النوافذ بسهولة وصول المُسِنّيْن إليها، وبعدها عن سطح الأرضية 80 سم، حتى يتمكن مستخدم الكرسي المتحرك من النظر عبر النافذة.

2. ارتفاع النافذة لا يزيد عن 80 سم حتى يتمكن مستخدم الكرسي المتحرك من النظر عبرها، مع الحرص على أن تكون المقابض سهلة التشغيل بيد واحدة.

3. تجنب النوافذ المفصلية المتحركة على محور أفقي.

4. استخدام الستائر وكاسرات الضوء حفاظاً على الراحة البصرية.

5. استخدام الزجاج المقاوم للكسر حتى لا يعرض المُسِنّ للخطر عند الاصطدام به.

التشطيبات الداخلية

1. تجنب التشطيبات الملساء المسببة للانزلاق، وتثبيت السجاد والموكيت جيداً.
2. تشطيبات قادرة على امتصاص الضوضاء (العزل الصوتي).
3. تجنب التشطيبات اللامعة المسببة للوهج.
4. تجنب أنساق الأرضيات المجسمة التي تسبب ضلالات بصرية للمُسِنّ.

الألوان

1. استخدام الألوان الدافئة لتدعيم الحس المجتمعي والبعد عن الطابع المؤسسي.
2. استخدام التباين اللوني لإبراز بعض التجهيزات المثبتة بالفراغات المختلفة.
3. استخدام الألوان القوية لمساعدة المُسِنّ في التوجُّه في المكان.
4. عمل رموز لونية لبعض العناصر من خلال توحيد لونها بأي مكان تتواجد فيه (مثل جعل جميع أبواب دورات المياه باللون الأحمر).

الأثاث

1. الثبات اللازم للحفاظ على سلامة المستعمل المُسِنّ مع تجنب الحواف الحادة Sharp Edges.
2. مقاعد ذات ارتفاعات معتدلة والبعد عن المقاعد المنخفضة في الارتفاع والعميقة.
3. قطع الأثاث ذات أحجام وأوزان معقولة لتكون قابلة للتحريك بسهولة بشرط ألا يتعارض هذا مع الثبات المطلوب لقطعة الأثاث.
4. المناضد بها حيز فراغي للركبتين.
5. يجب تنسيق الأثاث بحيث يترك مسار للحركة لا يقل عن 95 سم، مع الحرص على ترك مكان للكراسي المتحركة بالقاعات المختلفة.

التركيبات والتجهيزات الخاصة

1. تجنب تثبيت جدار عند أماكن أجهزة التدفئة، بالإضافة لضرورة تجنب مواسير المياه المكشوفة بدورات المياه حتى لا يتعرض المُسِنّ لمخاطر الحروق.
2. توفير نقاط استدعاء في كل مكان يتواجد فيه المريض بمفرده .
3. تكون جميع الوصلات والأسلاك الكهربائية بعيدة عن مسار حركة المُسِنّيْن.
4. مفاتيح الإنارة عند مدخل الفراغ ويسهل التعرف عليها باللمس وعلى ارتفاع لا يزيد عن 1.20م.

حالة للمناقشة: الحالة 4-5

مراجع استرشادية:

- م/ميادة معروف الخولي: "احتياجات الرعاية الصحية للمُسِنّين في المستشفيات والمؤسسات الصحية"، رسالة ماجستير منشورة، كلية الهندسة، جامعة القاهرة، يناير 2011م.
- الكود المصري لتصميم الفراغات الخارجية والمباني لاستخدام المعاقين – مركز بحوث الإسكان والبناء – القاهرة 2003
- الكود العربية لمتطلبات البناء لذوي الاحتياجات الخاصة – مجلس وزراء الإسكان والتعمير العرب - 2010
- مختار الشيباني: المعايير التصميمية للمعوقين حركيا في البيئة العمرانية – جدة 1994
- أحمد شوقي محمدين وعماد حسن صيام وعزت حجازي: المواصفات القياسية في رعاية المُسِنّيْن – مركز البحوث الاجتماعية والجنائية - القاهرة 2010
- معايير الأمم المتحدة للتصميم صديق المُسِنّ
- Accessibility for the Disabled: A Design Manual for a Barrier Free Environment - Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA)- United Nations, 2003-04

الفصل (6-4) التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة التي تحسّن جودة حياة المُسِنّيْن

الدكتورة شيرين مصطفى موسى

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة ومستوياتها وأهمية استخدامها في طب المُسِنّيْن.
- يتعرّف على أنواع تلك التقنيات والأجهزة.
- يتعرّف على مميزات وعيوب تلك التقنيات والأجهزة.
- يدرك دور الطبيب والفريق الذي يقدم الرعاية للمُسِنّ لمساعدته في استخدام تلك التقنيات.

تلعب التكنولوجيا الحديثة دوراً هاماً في حياتنا اليومية، حتى أصبحنا لا نستغني عنها. ومع ازدياد أعداد المُسِنّيْن، أصبح عالمهم مليء باستخدامات التكنولوجيا لتعزيز جودة حياتهم.

تعريف التقنيات الحديثة والتكنولوجيا المساعدة للمُسِنّ

التكنولوجيا المساعدة للمُسِنّين: تتضمن تهيئة استخدام وسائل التكنولوجيا المختلفة لمساعدة المُسِنّ في التغلب على المشكلات التي تواجهه، مثل عدم القدرة على الحركة، وأداء الأنشطة الوظيفية بصورة شبه طبيعية وذلك لتعزيز الاستقلالية وجودة الحياة.

أهداف استخدام التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة

1- تعزيز جودة حياة المسنّ.
2- تعزيز استقلالية المُسِنّ.

وهذان الهدفان يتيحان للمُسِنّ الاستفادة من تلك التقنيات والخدمات:

1- باستخدام الأجهزة المساعدة، وهي أي قطعة يستخدمها المُسِنّ، صغيرة كانت أم كبيرة، لزيادة أو تحسين أو الحفاظ على أدائه للأنشطة الوظيفية بصورة شبه طبيعية، مثل الكرسي المتحرك.

2- باستخدام الخدمات المساعدة، وهي خدمات توفير الأجهزة الملائمة للمُسِنّ وتسهيل حصوله عليها وكيفية استخدامها وصيانتها ودعمه مادياً إذا لزم الأمر.

3- بوضع استراتيجيات لاستخدام الأجهزة والخدمات المساعدة، وهي توجهات تتبناها الدولة لضمان استفادة المُسِنّين من تلك الخدمة بالحد الأقصى، وعدم تمييزهم في المجتمع بسبب حاجتهم لتلك الخدمات أو بسبب استخدامهم هذا النوع من الأجهزة.

مواقع استخدام التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة للمُسِنّيْن

أدوات تستخدم داخل المنزل:

وهي الأدوات التي تساعد المُسِنّ في أداء الأنشطة اليومية الأساسية، وضمان الأمان أثناء أدائها، ويندرج تحتها أبسط الأدوات، مثل الأدوات التي تساعد المُسِنّ في ارتداء ملابسه، أو في تناول طعامه، أو في المشي أو في التواصل مع الآخرين في حالات ضعف الحواس، واستخدام أجهزة الأمان المنزلي وأجهزة الإنذار المختلفة.

أدوات تستخدم خارج المنزل:

وهي الأدوات التي تساعد المُسِنّ في أداء الأنشطة اليومية المتقدمة كالتسوق، مثل الكراسي المتحركة ذات المحرّك.

أنواع التقنيات والأجهزة المساعدة

1- تقنيات تساعد المُسِنّ لأداء بعض مهامه بسهولة، مثل صناديق الأدوية المقسمة وفقاً للجرعات، والتي تساعده على تناولها في مواعيدها المضبوطة.

2- تقنيات للكشف وللتفاعل وللاستجابة التي تساعد المُسِنّ في التعامل مع مصادر الخطر ورفع مستوى التنبيه والاستجابة لديه، مثل أجهزة الإنذار ضد الحريق أو تسرب الغاز.

3- تقنيات التوقع والتدخل أو التقنيات الوقائية التي تساعد المُسِنّ في اتقاء الأوضاع والمواقف الخطيرة، وزيادة التنبيه، مثل جهاز ترصد مخاطر السقوط.

مميّزات استخدام التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة

1- تقليل الوقت والجهد اللازمين لأداء بعض الوظائف.
2- تخفيف العبء عن القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّ.
3- تعزيز استقلالية المُسِنّ وجودة حياته.
4- المساعدة في الانخراط في الحياة الاجتماعية.

الصعوبات في استخدام التقنيات الحديثة والأجهزة المساعدة

1- يجد المُسِنّون أن استخدام بعضها صعباً ولا سيما ما كان منها مرتبطاً بالحواسيب.
2- تحتاج إلى صيانة مستمرة قد يصعب على المُسِنّ القيام بها من غير مساعدة.
3- تحتاج إلى ترتيبات تخصصية قبل استخدامها.
4- تحتاج إلى التوافق السليم مع حركة وتوازن المُسِنّ.

القائمون على تقييم المُسِنّ لمعرفة احتياجاته من الأجهزة المساعدة

الطبيب: يفحص الطبيب أولاً المُسِنّ فحصاً شاملاً، ويسجل أي صعوبات تعوق المُسِنّ عن أداء الأنشطة الوظيفية اليومية والمتقدمة، كما يسجل عوامل الخطر التي تهدد سلامة المُسِنّ، ويستدعي استخدامه لأجهزة المساعدة.

اختصاصي الروماتيزم والتأهيل: يعاون الطبيب في اختيار الأجهزة المساعدة الأمثل للمُسِنّ، وفي تدريبه على استخدامها لإداء وظائفه.

اختصاصي المعالجة المهنية: يقوم بتهيئة البيئة للمُسِنّ لتحقيق الاستخدام الأنسب لتلك التقنيات والأجهزة المساعدة، وملاحظته أثناء استخدامها، لضمان استفادته منها الإفادة الكاملة.

مراجع استرشادية:

- Baker J and Bass G. Assistive technology and older adults: The Journey Through Caregiving. North Dakota Family Caregiver ProjectNorth Dakota State University 2003.
- Center for technology and aging. Technologies to Help Older AdultsMaintain Independence: Advancing Technology Adoption. July 2009Briefing Paper.
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, eds. Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. McGraw-Hill Companies, Inc. 2009

الفصل (4-7) مهارات التواصل مع المُسِنّيْن

الأستاذة الدكتورة هدى فهيم، الدكتورة إيمان اللباني، الدكتورة ضحى رشيدي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مفهوم عملية التواصل.
- يتعرّف على مكونات عملية التواصل.
- يعدِّد أهم عوائق التواصل مع المُسِنّين.
- يتعرّف على كيفية التغلب على مشكلات التواصل المختلفة مع المُسِنّين.
- يتعرّف على أسباب الإحالة لمستويات أعلى من الرعاية .

تعريف التواصل:

هو نقل رسالة بين شخصين أو بين شخص ومجموعة، وفي مفهومه الأشمل هو القدرة على الاتصال بين الأفراد لتبادل الأفكار والآراء فيما بينهم. كما أنه الوسيلة التي يتمكن من خلالها الإنسان من التعبير عن مشاعره. والتواصل في المُسِنّين يشمل التواصل مع أفراد الأسرة الذين يقدمون لهم الرعاية، ومع المجتمع المحيط، ومع أفراد الفريق الطبي. والتواصل مع المُسِنّين له أهمية خاصة، لأنهم بالتواصل يحافظون على إدراكهم لكل ما يحيط بهم من أحداث، وعلى اشتراكهم فيما يخصهم من قرارات، كما يكونون قادرين على التعبير عن احتياجاتهم.

مكونات التواصل:

1- **الرسالة:** لفظية أو غير لفظية.

2- **المرسل:** لابد ان يتسم بالمصداقية والدقة في تحديد الفئة المستهدفة والرسالة المرجوة.

3- **المتلقي:** المُسِنّون وهم مجموعة من الأفراد غير متجانسة في الاحتياجات.

4- **قناة الإرسال:**

- الرسائل اللفظية تنقل وجها لوجه مثل الاجتماعات أو عبر الهاتف ومؤتمرات الفيديو
- والرسائل المكتوبة، تنقل عبر رسائل البريد الإلكتروني، والمذكرات والتقارير.

5- **الاستجابة أو رد الفعل:** يعتبر تقييماً لضمان فهم المتلقي للرسالة من المرسل.

معوقات التواصل بين القائمين على الرعاية وبين المُسِنِّين

1- تعتبر عملية التواصل مع المُسِنّيْن بشكل عام عملية معقدة، وتزداد تعقيداً كلما تقدم المُسِنّ في العمر.

2- من أكبر المشاكل التي يواجهها الأطباء عند التعامل مع المرضى المُسِنّين هو أنهم فئة عمرية غير متجانسة، وتحتاج إلى مدى واسع من الخبرات والخلفيات الثقافية.

3- نوعية حياة كل مُسِنّ غالباً ما تؤثر على نظرته إلى المرض، واستعداده لاتباع الأنظمة الطبية المختلفة، والقدرة على التواصل بشكل فعال مع مقدمي الرعاية الصحية.

4- إن تغيرات الشيخوخة الطبيعية قد تنطوي على ضعف أو فقدان في بعض الحواس، وانخفاض في الذاكرة، وسوء الحالة المزاجية.

معوقات التواصل لدى المُسِنّين:

وحيث أن التواصل هو عملية تبادل معلومات واضحة بين طرفين، فإن حدوث مشكلة عند أحد الطرفين يؤدي لفجوة في عملية التواصل. ولعل التعرّف على أسباب هذه الفجوة هو الخطوة الأولى لتحسين عملية التواصل مع المُسِنّين.

أولاً: عوائق متعلقة بالمُسِنّ ذاته:

- ضعف الحواس:
  - ضعف الإبصار.
  - ضعف السمع.
- أمراض عصبية:
  - السكتة الدماغية.
  - ضعف الذاكرة.
  - مرض باركنسون.
- عوامل نفسية:
  - الاكتئاب.
  - الوحدة والانفصال عن الأسرة والأصدقاء.
  - التقاعد عن العمل وفقدان الدور الاجتماعي.
- ضعف الحواس:
  - يجعل ضعف السمع من الصعب على المُسِنّ إدراك وجود حديث حوله أو متابعة هذا الحوار، كما أنه يجعل من الصعب عليه تلقي التعليمات الطبية اللازمة من القائمين برعايته. إن عدم القدرة علي سماع المُسِنّ للآخرين يعطي المُسِنّ الشعور بعدم التواصل معهم وبالإحباط وبالعزلة.
  - ويجعل ضعف الرؤية من الصعب على المُسِنّ قراءة الخطابات الموجهة إليه أو قراءة الصحف أو التعليمات الدوائية.

ورغم ان مشكلات الحواس تكون في الأغلب مشكلات دائمة إلا أنه يمكن الحد من تأثيرها باستخدام وسائل مساعدة مثل النظارات والسماعات.

- الأمراض العصبية:
  - إن ضعف الذاكرة وبخاصة عدم القدرة على تذكر أسماء الأشخاص والأشياء المألوفة وبطء استحضار المعلومات وضعف سيطرة المُسِنّ على حياته الخاصة يجعل من الصعب عليه التعبير عن أفكاره وعن احتياجاته، كما تصبح مقدرته على فهم الآخرين أكثر صعوبة، مما يعوق قدرته على التواصل.
  - كما أن إصابة المُسِنّ بالسكتة الدماغية أو بمرض باركنسون يؤثر على قدرة المُسِنّ على التعبير عن أفكاره بجمل مفهومة، كما قد يصاب المُسِنّ بفقدان القدرة أو صعوبة النطق.
- العوامل النفسية:
  - الاكتئاب.
  - الوحدة والانفصال عن الأسرة والأصدقاء.
  - التقاعد عن العمل وفقدان دوره في المجتمع.

ثانياً: عوامل متعلقة بأفراد فريق الرعاية بالمُسِنّ:

- ضغوط العمل وزيادة عدد المترددين على الخدمة.
- الاستعجال أو عدم الاهتمام.
- نقص المعرفة بخصائص واحتياجات المرضى المُسِنّين.

ثالثا عوامل متعلقة بالبيئة المحيطة:

- البيئة **الاجتماعية:**
  - نقص في شبكة العلاقات الاجتماعية عند التقاعد.
  - وفاة أفراد العائلة والأصدقاء.
- البيئة **المادية: تعتبر** الضوضاء وسوء الإضاءة في البيئة المحيطة عقبة هامة في التواصل مع المُسِنّين ممن يعانون ضعف بالسمع والرؤية.

أضرار نقص التواصل مع المُسِنّين:

يواجه المُسِنّ عند نقص التواصل عدداً من المشكلات، أهمها:

- صعوبة الاحتفاظ بشبكة علاقاته الاجتماعية وأداء دوره المجتمعي، مما يسبب الشعور بالعزلة والإحباط، ويؤثر بصورة مباشرة على جودة حياته، فتزداد معدلات حدوث الاكتئاب والشعور بالعجز.
- إن نقص التواصل بين القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّ وبينه تجعل من عملية الرعاية اليومية مهمة شاقة ويؤدي إلى إنهاكهم.
- إن نقص التواصل يجعل من الصعب على المُسِنّ أن يعبر عن مشاكله الصحية، وأن يحصل على الخدمات الصحية، فيصاب بالمزيد من التدهور في حالته المرضية، وفي صعوبة علاجها.

تحسين التواصل مع المرضى المُسِنّين

- **تشجيع استخدام الوسائل المساعدة، مثل النظارات الطبية وسماعات الأذن ومكبرات الصوت.**
- **استعمال الوسائل المختلفة للتواصل المسموعة والمرئية ومنها المكتوبة**
  - استخدام الرسوم البيانية والنماذج والصور والمعينات البصرية لمساعدة المرضى على فهم أفضل لحالتهم ولخطة العلاج. قد تكون الصور مفيدة بشكل خاص إذا أتيح للمرضى أخذ نسخه للمنزل كمرجع لهم.
  - كتابة التعليمات كاملة بصورة سهلة وواضحة، حتى لا ترهق المريض بالتذكر في وقت لاحق، وينصح بتقديم المعلومات في ورقه تلخص أهم نقاط الزيارة، وتفسر ما يحتاج المريض إليه قبل أن يغادر المكتب.
  - استخدام الطباعة الواضحة والنماذج السهلة القراءة وبطاقات التعريف والكتيبات والمواد التعليمية.
  - استخدام الألوان المتباينة الأكثر وضوحاً من غيرها مثل الأسود على خلفية بيضاء أو صفراء.
- **استعمال لغة الجسد الملائمة والمقبولة من المريض:**
  - يعتبر إلقاء التحية على المرضى، وخاصة المُسِنّين منهم، خطوة هامة تجعل المرضى يشعرون بالراحة وبالاهتمام.
  - استخدام اللمسات الحانية لإعطاء المريض الشعور بالراحة والتركيز.

- **تهيئة البيئة المحيطة للتقليل من التشتت:**
  - يجب توفير أماكن انتظار خاصه بالمُسِنّين، تكون هادئة ومريحة وبعيدة عن الضوضاء والاضطرابات، وبها أثاث مناسب له جنبات يستطيع ان يرتكز عليها المُسِنّ.
  - يجب أن تكون الإضاءة في مناطق الانتظار ملائمة وموزعة بالتساوي في جميع أنحاء الغرفة، مع خفض الوهج وتجنب جلوس المرضى المُسِنّين في الظلال. فالإضاءة الجيدة تساعد المريض المُسِنّ على قراءة المواد المطبوعة .
  - يجب أن تحدد المواعيد الباكرة للمرضى المُسِنّين لتفادي شعورهم بالإرهاق.
- **تحسين مهارات الطبيب في التواصل من خلال:**
  - الصبر والسماح بوقت إضافي للمرضى المُسِنّين، وإظهار الاهتمام الكامل بما يقوله المُسِنّ.
  - الجلوس وجهاً لوجه مع المريض المُسِنّ بحيث يتمكن من قراءة الشفاه والحفاظ على التواصل بالعينين الذي يعتبر واحد من أكثر وسائل التواصل الغير اللفظية مباشرةً وقوةً، لأنه ينقل للمريض مدى الاهتمام به.
  - الاستماع الجيد للمريض المُسِنّ وحثه على استكمال حديثه بحركات تشجيعية وعدم مقاطعته لأن المقاطعة قد تقطع تسلسل أفكاره مما قد يؤدي إلي عدم ذكر بعض المعلومات التي قد تهم الطبيب في خطة العلاج.
  - التحدث في المواضيع الواحد تلو الآخر.
  - التحدث بصوت أعلى قليلاً من الصوت العادي، ولكن بدون صراخ يضايق المُسِنّ.
  - التحدث ببطء، وبوضوح، وبصوت عالٍ، واستخدام عبارات قصيرة واضحة، والابتعاد عن المصطلحات الطبية المعقدة، وتكرار المعلومات المهمة حتى يسهل تذكرها.
  - مراقبة تعبيرات المُسِنّ أثناء الحديث، فهي توضح إذا ما كان الحديث واضحاً أم لا.
  - الجمع بين التعليمات المكتوبة والشفوية بخاصة التي تتعلق بتعاطي الدواء.
  - إعطاء المريض المُسِنّ الفرصة لطرح أسئلته، وإعطائه الوقت ليرد عن استفسارات الطبيب.
  - التكلم مع المُسِنّ بشكل ودي، ولكن مع تجنب الحديث إليه بلغة الأطفال حتى لا يفهم ذلك أنه استخفاف من الطبيب به.

متى يتم إحالة مُسِنّ يعاني من مشكلة بالتواصل إلى مستوى أعلى من الرعاية:

- فقدان القدرة على التعبير والفهم بصورة مفاجئة والتي قد تحدث نتيجة لسكتة دماغية حادة.
- تدهور حاد بالذاكرة والوعي، مما قد يؤدي إلى كلام غير مفهوم، ويصاحبه هذيان نتيجة التهاب أو تناول عقاقير.
- تغير مستمر في صوت المريض مثل البحة المستمرة أو ضعف الصوت، وقد يحدث ذلك بسبب عدد من أمراض الحبلين الصوتيين والحنجرة.

حالة للمناقشة

انظر حالة 4-7

مراجع استرشادية:

- Kathryn M. Yorkston, Michelle S. Bourgeois, and Carolyn R. Baylor, (2010): Communication and Aging. Phys Med Rehabil Clin N Am; 21(2): 309–319.
- Thomas E. Robinson, George L. White Jr.and John C. Houchins,(2006): Improving Communication With Older Patients: Tips From the Literature: FAMILY PRACTICE MANAGEMENT | www.aafp.org/fpm

الفصل (4-8) التصدي للاعتداء على المُسِنّين وإساءة معاملتهم

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على عوامل الخطورة في إساءة معاملة المُسِنّيْن.
- يتعلم الأنواع المختلفة لإساءة معاملة المُسِنّيْن.
- يتمكن من تقييم حدوث إساءة معاملة المُسِنّيْن ودرجتها.
- يتعلم التعامل مع مواقف إساءة معاملة المُسِنّيْن.

إساءة معاملة المُسِنّيْن والاعتداء على حقوقهم ظاهرة هامة في رعاية المُسِنّين، لا يظهر إلا جزء صغير منها على السطح، مثل الجبل الجليدي. وهي مثل كثير من المشاكل في المُسِنّين لا تظهر عادة إلا إذا بحثنا عنها. وقد تحدث الإساءة في ظل علاقات الرعاية الأسرية أو غير الأسرية للعديد من الأسباب.

يجب تقييم حدوث إساءة معاملة المُسِنّيْن في أي لقاء يتعامل معه مقدم الرعاية الأولية مع المُسِنّ لأي سبب وفي أي مستوى من الرعاية.

المفاهيم الخاطئة عن إساءة معاملة المُسِنّيْن:

إساءة معاملة المُسِنّيْن ظاهرة نادرة الحدوث في المجتمعات الشرقية، وهذا خطأ، إذ لا توجد إحصاءات مؤكدة لكن هي ظاهرة موجودة بكثرة بسبب إجهاد القائمين على تقديم الرعاية واستنفاد طاقاتهم.

إساءة معاملة المُسِنّيْن تنحصر في الإساءة اللفظية والجسدية، وهذا غير صحيح، لأنه توجد أنواع أخرى غير ظاهرة مثل الإساءة المالية والعاطفية.

لا يوجد ما يمكن عمله لعلاج إساءة معاملة المُسِنّيْن، وهذا غير صحيح، لأن إساءة معاملة المُسِنّيْن يمكن علاجها بتقديم الدعم للقائمين على تقديم الرعاية، وبتقديم خدمة الرعاية في الاستراحة، وفي آخر المطاف يمكن الاستعانة بالوسائل القانونية المتاحة.

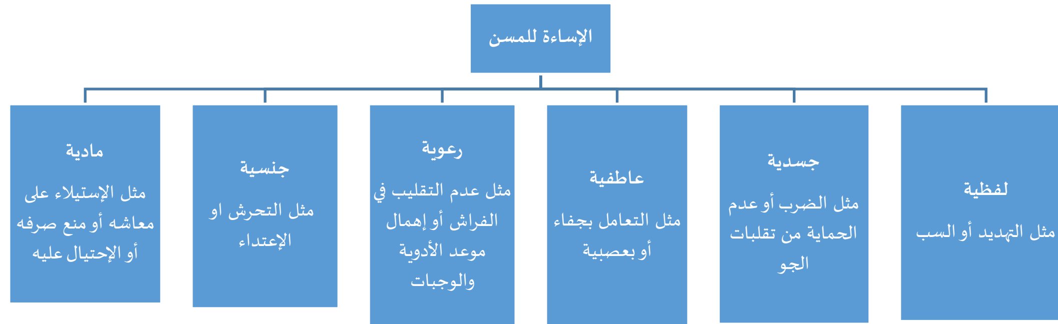
تعريف إساءة معاملة المُسِنّيْن:

إساءة معاملة المُسِنّيْن هي القيام بأي فعل، أو الامتناع عن القيام بفعل، مما يؤدي لاحتمال لأن يتعرض المُسِنّ للأذى، أو يعرضه للأذى بالفعل.

أنواع إساءة معاملة المُسِنّيْن:

- لفظية: مثل التهديد أو السب.
- مالية: مثل الاستيلاء على أمواله أو منعه من صرفه أو الاحتيال عليه.
- جنسية: مثل التحرش أو الاعتداء.
- عاطفية: مثل التعامل بجفاء أو بعصبية.
- بدنية: مثل الضرب أو عدم الحماية من تقلبات الجو أو عدم تسهيل الاستحمام.
- الإهمال في الرعاية: مثل عدم التقليب في الفراش أو عدم الاهتمام بمواعيد الأدوية أو الوجبات.

إن القائمين على تقديم خدمات الرعاية الصحية هم خطوط الاستطلاع الأولى للشك في إساءة معاملة المُسِنّ وكشفها، ويقع عليهم عبء مراقبة احتمالات وقوعها.



تقييم حالة اشتباه بالإساءة إلى مُسِنّ أو بالاعتداء على حقوقه:

عند الشك في حدوث أي نوع من أنواع الإساءة في معاملة المُسِنّيْن يجب استكشاف عوامل الخطورة. ثم أخذ التاريخ المرضي، ثم الفحص الخاص للمُسِنّ وللقائم على الرعاية والظروف البيئية.

عوامل خطورة في حدوث إساءة معاملة المُسِنّيْن

- وجود قصور معرفي في وظائف المخ.
- زيادة الاعتماد المالي والعاطفي بين المُسِنّ والقائم على رعايته، والعكس صحيح.
- وجود نزاعات أسرية.
- وجود تاريخ سابق للإساءة للأطفال أو المُسِنّيْن.
- ضغوط مالية.
- انعزال المُسِنّ أو مقدم الرعاية.
- الاكتئاب.
- سوء التغذية.
- زيادة احتياجات المُسِنّ المعيشية عن ما هو متوافر فعلياً.
- حدوث ضغوط اجتماعية مثل وفاة أحد الأقرباء.
- حدوث إجهاد لمقدم الرعاية

علامات في التقييم الشامل للمُسِنّ منذرة بحدوث إساءة معاملته

- سؤال المُسِنّ بصورة مباشرة هل هناك ما يجعله يشعر بعدم الأمان؟ وهل أساء إليه أو اعتدى على حقوقه أي شخص؟
- يُسأل المُسِنّ في غياب القائم على رعايته.
- يُسأل القائم على رعاية المُسِنّ.
- الاستفسار عن الأوضاع والتعاملات المادية.
- السؤال عن فقدان أو زيادة الوزن أو التغير في نظم النوم.

الانتباه في التقييم الشامل للمُسِنّ إلى:

- اكتشاف أي إصابات غير مفسرة، مثل الكسور والجروح والكدمات وأثر رباط أو حبل أو حروق أو قرحات الفراش...
- الجفاف أو سوء التغذية.
- وجود تكرار للإصابة بأمراض أو شكاوى.
- عدم الاهتمام بالنظافة والهندام.
- وجود إصابات بالرأس أو فقدان للشعر.
- علامات تدل على الاعتداء الجنسي مثل الإفرازات والكدمات والنزيف والأمراض الجنسية.
- أدلة مختبرية (معملية) على حدوث زيادة في جرعات الأدوية مثل المهدئات والأدوية النفسية.
- أدلة سلوكية: مثل الخوف من التحدث في وجود القائم على تقديم الرعاية والقلق والخوف والاكتئاب والشعور بالحرج والخجل وغياب التواصل البصري عند التحدث.

فحص البيئة:

- عزل المُسِنّ.
- عدم توافر عوامل الأمان البيئية مثل غطاء للتدفئة.

فحص مقدم الرعاية:

- حديثه يتضمن عبارات التهديد.
- أقواله وتفسيراته متضاربة.
- سلوكه عنيف.
- كثير السب والإهانة اللفظية.
- اتجاهاته نحو المُسِنّ تتسم باللامبالاة.
- منهك أو مكتئب.
- الغياب الواضح للمساعدة.
- يعاني من مشاكل في استخدام المواد المحظورة.
- له تاريخ في العنف الأسري.
- يعاني من مشاكل مادية.
- يعاني من الإجهاد واستنفاد طاقته.
- يرفض الحوار مع المُسِنّ أو أخذ رأيه في خيارات الرعاية.

التعامل مع حالة اشتباه بإساءة معاملة المُسِنّيْن:

- يجب السؤال عن وجود إساءة معاملة المُسِنّيْن في أي ظروف لرعاية المُسِنّيْن.
- يجب استكشاف عوامل الخطورة المؤدية لإساءة معاملة المُسِنّيْن والتعامل معها.
- يتم عمل تقييم شامل وتدوينه بدقة.
- يتم إبلاغ الأجهزة الرقابية المسئولة.
- يمكن إيداع المُسِنّ لدى أحد الأقارب أو بإحدى مؤسسات الرعاية لحين الانتهاء من التحقيق.
- يجب التعامل مع عوامل الخطورة في كل الأحوال (براءة القائم على الرعاية أو إدانته) لضمان عدم حدوث أو تكرار إساءة معاملة المُسِنّيْن.

حالة للمناقشة: الحالة 4-8

مراجع استرشادية:

- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2010, 12th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2010.
- -Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007)ISBN-10: 0387323244

الفصل (4-9) معالجة الألم في المُسِنّين

الدكتورة منار مصطفى عادل

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب ان :

- يميّز أنواع الألم وأسبابه.
- يصحح المفاهيم الخاطئة حول الألم.
- يقيِّم المُسِنّ الذي يشكو من الألم.
- يضع خطة علاجية متكاملة لمعالجة الألم المزمن.
- يدرك مؤشرات الإحالة إلى مستوى آخر من الرعاية.

بالرغم من انخفاض إحساس المُسِنّ بالألم نتيجة التغيرات المصاحبة للسنّ، فإن الإحساس بالألم يمثل عرضاً أساسياً لكثير من الأمراض الحادة والمزمنة، وهو من أكثر الأعراض شيوعاً وتأثيراً على جودة حياة المُسِنّ، حيث تشير الدراسات إلى أن حوالي 50% من المُسِنّيْن يعانون من الشعور اليومي بالألم.

تعريف الألم:

تعرّف المنظمة العالمية لدراسة الألم "الألم هو إحساس غير مستحب ناتج عن إصابة ظاهرة أو غير ظاهرة للأنسجة، أو يأتي من خلال هذه الإصابة".

أنواع الألم:

1- الألم الحاد: وهو الألم الذي يصاحب الإصابات والعمليات الجراحية، ويكون مؤقتاً.

2- الألم المزمن: وهو الألم الذي يستمر أكثر من المدة المتوقع فيها شفاؤه، أو اكثر من 3 أشهر، ويصاحب أمراض الروماتيزم والتهاب المفاصل والتهاب الأعصاب المزمن.

أهمية الألم المزمن وتأثيره

1- يؤثر الألم المزمن على جودة حياة المُسِنّ وقدرته على تأدية أنشطة الحياة اليومية.
2- يؤدي الألم المزمن إلى التوتر والقلق والاكتئاب.
3- والألم المزمن من أهم أسباب اضطرابات النوم.
4- يؤدي الألم المزمن إلى الإفراط في تعاطي الأدية وسوء استخدام المسكنات والتعرض لمضاعفاتها.

مفاهيم خاطئة:

يغلب أن يكون الألم بسبب الحالة النفسية في المُسِنّيْن، وهذا غير صحيح، لأن الألم غالباً ما يكون له سبب عضوي، وهو الذي يؤثر على الحالة النفسية.

المُسِنّ الذي لا يشكو من الألم ليس لديه شعور بالألم ، وهذا غير صحيح، لأن الكثير من المُسِنّيْن يشعرون بالألم ولا يشكون منه لاعتقادهم أنه إحساس طبيعي مع تقدم العمر.

يجب أن تبدو مظاهر الألم على المُسِنّ عندما يشكو من الألم، وهذا غير صحيح، فالألم لا يقاس، فهو إحساس شخصي، لذلك يجب تصديق المريض عند وصفه للألم.

عدم وجود سبب عضوي ظاهر للألم يعني عدم وجوده، وهذا غير صحيح، فبالرغم من أن الألم المزمن يمكن تشخيص سببه في أغلب الحالات، فإن هناك بعض الأسباب الغير واضحة للألم، والتي يجب البحث عنها وعلاجها.

لا يجب استخدام المسكنات المخدرة في المُسِنّيْن لخطورتها، وهذا غير صحيح، إذ ينبغي استخدام المسكنات المخدرة وفقاً لإرشادات الاستخدام المعمول بها، ولا يستثنى من ذلك المُسِنّون.

دور القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية في المُسِنّ المتألِّم:

1- تقييم الألم

- السؤال المباشر عن وجود ألم أو اللفظ المرادف حسب بيئة المُسِنّ وثقافته.
- ملاحظة وجود علامات الألم، خاصة لدى المُسِنّ الذي لديه قصور ذهني أو صعوبة في التواصل.
- وصف الألم من ثلاثة أبعاد:
  - البعد الحسي: طبيعة الألم، ومكانه، وشدته، ومدته.
  - البعد الوجداني: المشاعر المصاحبة للألم مثل القلق، والاكتئاب والغضب والتوتر.
  - البعد الوظيفي: تأثيره على أنشطة الحياة اليومية والحياة الاجتماعية.
- قياس شدة الألم بواسطة مقاييس الألم المعتمدة والموحدة لضمان موضوعية القياس وسهولة المتابعة
- يجب التفريق بين الألم المزمن والألم الجديد والذي قد يكون مؤشراً على بعض الأمراض الخطيرة وخاصة السرطان.
- أخذ التاريخ الخاص باستخدام المسكنات بدقة: أنواعها، وجرعاتها، ومدة استخدامها، ووجود مضاعفات لها.

2- تشخيص أسباب الألم المزمن وذلك بواسطة التقييم الشامل للمُسِنّ: بالفحص السريري (الإكلينيكي)، وخاصة فحص الجهاز العضلي الهيكلي، وفحص الجهاز العصبي.

3- يجب أن يتعاون جميع أفراد الفريق، وخاصة الطبيب والممرضات واختصاصي العلاج الطبيعي واختصاصي العلاج الوظيفي والاختصاصي الاجتماعي والصيدلي، في التقييم والعلاج، مع الاهتمام بالعلاج الغير الدوائي وبالتأهيل .

- علاج السبب (إن أمكن)
- علاج الألم

أسلوب منظمة الصحة العالمية في تدبير الألم وفق سُلَّم له ثلاث درجات:

الدرجة الثالثة، الألم الشديد

مورفين
هيدرومورفون
ميثادون
ليفورفانول
فينتانيل
أوكسيكودون
مع أو بدون مسكنات غير مورفينية
مع أو بدون أدوية مساعدة

الدرجة الثانية، الألم المتوسط الشدة

أسيتامينيفين + أسبرين
كودين
هيدروكودون
أوكسيكودون
دايهيدروكودين
ترامادول (ولا يتوافر ممزوجاً بالأسيتامينيفين أو بالأسبرين)
مع أو بدون أدوية مساعدة

الدرجة الأولى: ألم بسيط

أسبرين
أسيتامينيفين
الأدوية المضادة للالتهاب الغير استرويدية
مع أو بدون أدوية مساعدة

المقصود بالأدوية المساعدة إما الأدوية التي تعطى لتدبير تأثيرات المواد الأفيونية أو لمعالجة تأثيراتها الجانبية، أو لتزيد المفعول المُسَكِّن للأدوية الأخرى

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية

- عدم السيطرة على الألم، والحاجة إلى علاج تداخلي يقوم به اختصاصي الألم واختصاصي العظام واختصاصي جراحة الاعصاب.
- وجود موانع لاستخدام المسكنات أو حدوث مضاعفات.

مراجع استرشادية:

- American Geriatrics Society (AGS) Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in the Older Persons. (2009). The pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009
- British Geriatric Society. Assessment of Pain in Older People. (2007)
- Lipman AG, (ed). Pain managementfor primary care clinicians. New York: American Society of Health-System Pharmacists; 2004.
- Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach by Richard J. Ham, Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard, Ellen FlahertyMosby, 5th edition (2006) ISBN: 0323039308
- World Health Organization,(2009). WHO’s Pain Relief Ladder.

الفصل (4-10) حالات خاصة في المُسِنّين:

المُسِنّ الذي يعيش بمفرده

السائق المُسِنّ

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يدرك مشكلة الوحدة في المُسِنّيْن.
- يتعامل مع المشاكل المترتبة على إقامة المُسِنّ وحيداً.
- يدرك دور القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّيْن في مواجهة مشكلة المُسِنّ الذي يعيش بمفرده.
- يصحح المفاهيم الخاطئة حول المُسِنّ الذي يعيش بمفرده.
- يقيّم المُسِنّ الذي يعيش بمفرده.
- يتفهم المشكلات التي يمكن ان تواجه السائق المُسِنّ.
- يقيّم السائق المُسِنّ.
- يدرك الحالات التي لا يجب السماح للمُسِنّ بالقيادة فيها.

المُسِنّ الذي يعيش بمفرده

من الملاحظ أن عدد المُسِنّيْن الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم في تزايد، وخاصة في المدن الكبرى، وبالرغم من أن الأمر يبدو كمشكلة تؤثر على جودة الحياة لدى المُسِنّين إلا أن نسبة كبيرة من المُسِنّين يتمسكون بالبقاء في منازلهم ويرفضون فكرة الانتقال لمكان أخر. وبالرغم من إمكانية تأثير عيش المسِنّ بمفرده على جودة حياته إلا أنه يعتبر طبيعياً ومقبولاً بالنسبة للفرد والمجتمع في كثير من الحالات.

مفهوم خاطئ:

يجب أن لا يعيش المُسِنّ وحيداً، وهذا ليس صحيحاً بالضرورة، فالتقدم في العمر وحده لا يمنع المُسِنّ من الإقامة بمفرده، لكن حالته الصحية والعقلية والوظيفية هي العوامل الأكثر أهمية في تقرير صحة ذلك.

مشكلات يمكن أن تواجه المُسِنّ الذي يعيش وحيداً:

1. الإحساس بالوحدة.
2. سوء التغذية: حيث أن معظمهم لا يصبح لديهم الدافع لإعداد وجبات متكاملة القيمة الغذائية ويكتفون بتناول الوجبات البسيطة.
3. عدم الانتظام في تناول الأدوية في مواعيدها.
4. حين يحتاج المُسِنّ الذي يعيش وحيداً إلى استشارة طبية قد يتأخر في اللجوء إلى الطبيب، ويقوم بذلك في مرحلة متأخرة عن الذى يعيش مع أسرة.
5. المُسِنّ الذي يعيش بمفرده يكون أكثر عرضة للحوادث داخل المنزل.

حين يواجه مقدم الرعاية للمُسِنّين حالة مُسِنّ يعيش بمفرده بالمنزل، فإنه يتساءل: هل من الأسلم أن ينتقل المُسِنّ للإقامة في مكان آخر، أم نشجعه على الاستمرار في الإقامة بمفرده في منزله، والإجابة هنا أن الأفضل هو تشجيع المسن على

الإقامة في منزله طالما كانت قدراته العقلية والوظيفية تسمح له بذلك، أما إذا كان المُسِنّ يعاني من قصور مرضي في قدراته المعرفية والوظيفية، فإنه عند ذلك قد يحتاج لترك منزله أو اتخاذ إجراءات لضمان سلامته في البيئة التي يعيش فيها بمفرده. ولا يتأتى هذا إلا بإجراء التقييم الشامل للمُسِنّ للتأكد من قدراته على الاعتماد على نفسه، وإجراء تقييم لحالته المزاجية، وقدرته على التواصل الاجتماعي. وفي كل الأحوال يجب أن تؤخذ في الاعتبار الاحتياطات التالية:

1- **اختصاصي التغذية** يقدم له التثقيف الصحي لتجنب التعرض لسوء التغذية.
2- التأكد من توافر الترتيبات لطلب المساعدة عند الحاجة
3- التأكد من توافر البيئة الآمنة.
4- **الاختصاصي الاجتماعي** يقدم له التوجيهات حول الطرق المناسبة لتوسيع علاقاته الاجتماعية.
5- التأكيد على إجراء متابعة صحية متواصلة.

السائق المُسِنّ

قد تكون قيادة السيارة بالنسبة للسائق المُسِنّ أحد المتطلبات الهامة التي تؤثر في جودة حياته وفي استقلاليته وفي إحساسه بذاته.

عوامل تؤثر على قدرة المُسِنّ على قيادة السيارة:

بالرغم من أن العوامل التي تؤثر على قدرة المُسِنّ على قيادة السيارة شائعة في المُسِنّيْن، إلا أن وجود واحد منها لا يكفي لمنع المُسِنّ من القيادة إلا بعد التقييم الشامل لحالته والتأكد من عدم قدرته على القيادة بطريقة تضمن سلامته. وأهم تلك العوامل:

- الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض المفاصل.
- اضطرابات النوم.
- تعاطي الأدوية، وخاصة أدوية الجهاز العصبي.
- امراض الجهاز العصبي، مثل جلطات المخ والشلل الرعّاش والخَرَف والحالات المختلفة التي تؤثر على التوافق العصبي العضلي وعلى زمن ردود الفعل أو المنعكَسات.
- ضعف الإبصار وضيق مجال الإبصار.

عوامل تؤدى الى منع المُسِنّ منعاً مؤقتاً من قيادة السيارة، وهي إصابته بأي من العوارض التالية: الاحتشاء (الجلطة) بالقلب، اضطراب نظم القلب قد يؤدي إلى الإغماء، والاختلاجات أو التشنجات، وانخفاض سكر الدم، وسكتة دماغية مؤقتة.

دور القائم على تقديم الرعاية للمُسِنّ السائق: التقييم الصحي الشامل للمُسِنّ والتأكد من وجود كل العوامل التي تسمح له بقيادة آمنة للسيارة. وينبغي إعادة تقييم القدرة على القياد بفترات متقاربة ومحددة.

أدوار أفراد فريق تقديم الرعاية للمُسِنّ السائق:

اختصاصي التأهيل: تنفيذ البرنامج التأهيلي لاستعادة قدرة المُسِنّ على القيادة.
الاختصاصي المهني: المساعدة في البرنامج التأهيلي للمُسِنّ الذي يعاني من أحد مسببات الإعاقة

حالة للمناقشة: الحالة 4-10

مراجع استرشادية:

- Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002.
- Beers MH and Berkow R. eds. The Merck Manual of Geriatrics. Merck Research Laboratories. (2000)
- Practical ambulatory Geriatrics. Yoshikawa TT, Cobbs EL& Smith KB (Editors) 2nd edition 1998 ISBN 0-8151-2449-X
- Pract Manag ;18(6):9-14.

الوحدة الخامسة

إدارة برامج رعاية المُسِنّيْن

تناولت الوحدات السابقة أهمية توفير الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّيْن، ثم استعرضت أهم المشكلات الصحية للمُسِنّيْن، ومحاور الحفاظ على صحة المُسِنّيْن، وحيث أن ذلك لا يتأتى إلا تحت مظلة منظومة علمية سليمة وجهاز إداري متكامل وتدريب مستمر لجميع مقدمي الخدمات.

وتستعرض هذه الوحدة خطوات تحقيق هذا من خلال فصل عن تخطيط البرامج المعنية بالمُسِنّين، وفصل آخر عن الدعوة والترويج الاجتماعي وإذكاء الوعي باحتياجات المُسِنّين، ثم استعراض أهم ملامح الرعاية الصحية للمُسِنّين، ونظم الإحالة المثلى التي تحقق هذا بدون إهدار للوقت وللطاقة البشرية، ثم أهمية المعلوماتية الطبية وخصائصها في رعاية المُسِنّيْن. ولما كان تقديم الدعم للقائمين على رعاية المُسِنّين جزءاً أساسياً من رعاية المُسِنّيْن، فقد استعرض فصل كامل الدعم الاجتماعي لهم. بينما استعرض فصل آخر عملية التقاعد الناجحة التي تعتبر المقدمة للشيخوخة الناجحة. وأخيراً يستعرض فصل كامل كيفية حشد الموارد لتحقيق برامج الرعاية الخاصة بالمُسِنّين، ثم عرض بعض الحالات العملية التي تشمل مشكلات متداخلة لترسيخ مبدأ التقييم الشامل وتعدد المشكلات.

الفصل (5-1) تخطيط برامج المُسِنّين ورصدها وتقييمها

الدكتور فهمي بهجت يوسف

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على الجوانب الرئيسية لخطة منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط الخاصة بالشيخوخة المفعمة بالصحة والنشاط ودور الرعاية الصحية الأولية فيها باعتبارها حجر الزاوية لها.
- يدرك أهمية التخطيط الاستراتيجي على المستوى الوطني لدعم رعاية المُسِنّين، ودَور الرعاية الصحية الأولية في تفعيل الخطط الوطنية.
- يتعرّف على المبادئ الأساسية لرصد وتقييم البرامج، ودَور الرعاية الصحية الأولية في تفعيلها.
- يكتسب مهارة إعداد خطة عمل لإدارة المركز الصحي المراعي للسن.
- يتعرّف على أهمية التخطيط لتوفير احتياجات المُسِنّيْن في الأزمات.

التخطيط الاستراتيجي:

هو العملية التي يحدِّد بها القائمون على مؤسسة الصورة التي يريدون أن تصبح عليها تلك المؤسسة في المستقبل، وكيفية الوصول إلى ذلك. وفيها تتم صياغة رؤية vision لمستقبل المؤسسة، وتحديد الأولويات والإجراءات والأهداف المرجوة من كل إجراء، والعمليات اللازمة لتحقيق هذه الرؤية. ويفترض القائمون على صياغة الخطط الاستراتيجية توافر القدرة على التعامل مع الفرضيات والأحداث المستقبلية من خلال الخطة الموضوعة.

والتخطيط الاستراتيجي عملية مستمرة، ودائمة، لأنها تعتمد على دوام الاختبار الذاتي والقدرة على المواجهة وفحص الخيارات الصعبة وتحديد الأولويات. والتخطيط الاستراتيجي يكون بوضع مسار للطريق عندما يكون هناك تيقُّن من أن هذا الطريق هو الاختيار المناسب، ثم إعادة تهيئة هذا الطريق عندما تحصل على معلومات وخبرات أفضل.

خطة العمل

تتضمن خطة العمل الأهداف التي ينبغي تحقيقها مترجمةً الى أنشطة ومنفذين لها والمدد الزمنية والموارد المتاحة ومؤشرات الإنجاز.

ويمثل هذا الجدول النموذج الشائع لشكل صياغة خطة العمل

النشاط	الهدف	المدة الزمنية	جهات التنفيذ	الموارد المتاحة	المؤشرات

التقييم

هي عملية مرحلية، تقدم تحليلاً مقارناً لما تم التخطيط لتنفيذه وما تم تحقيقه بالفعل. ويركز التقييم على النتائج، وقد يستعان في تنفيذ التقييم بأطراف خارجية.

الرصد

عملية مستمرة تتعقب وتحلل سير تنفيذ خطة العمل، وتوثّقها، وتركّز على الأداء وعلى متابعة مؤشرات الإنجاز، وتقع مهمة الرصد على عاتق القائمين على المؤسسة وعلى أعضائها في الأساس.

المؤشرات

هي_تلخيص المعلومات ذات الصلة بظاهرة معينة، للإشارة إلى موقف معين، ولاستخدامها لقياس التغيير. إن الرصد والتقييم هامان في قياس:

- المدخلات في خطة العمل مثل الموارد البشرية والمالية، لتنفيذ كل نشاط من الأنشطة المحدد في خطة العمل (تقييم المدخلات)؛
- الأنشطة الرئيسية المحددة التي تم تنفيذها على النحو المنشود (عملية التقييم)؛
- النواتج المرتبطة بكل نشاط من الأنشطة الرئيسية التي تم تحقيقها (تقييم الإنتاج)،
- الأهداف الاستراتيجية لخطة، باستخدام المؤشرات المحددة التي تم تحقيقها من الخطة (تقييم الأثر).

وقد حددت الاستراتيجية الإقليمية للشيخوخة المفعمة بالنشاط والصحة مجموعة من المؤشرات يمكن الاستعانة بها على المستوى الوطني لمتابعة تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية. ومن أهم المؤشرات:

مؤشرات ديموغرافية واقتصادية واجتماعية:

مؤشر الشيخوخة، نسبة الاعتماد على الآخرين، مأمول الحياة عند الولادة، مأمول الحياة عند 60 عاما، مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الولادة، مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند 60 عاماً، عمر النصف، نسبة دعم الآباء، نسبة الجنسين، إجمالي معدل الخصوبة، توزيع الحضر والريف، الحالة الزواجية، مستوى التعليم، الوظيفة، مستوى الدخل، وترتيبات الحياة.

مؤشرات صحية ووبائية

نسب الوفاة والاعتلال، أسباب المرض، أسباب الوفاة، سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة والعجز، نسب الإعاقة.

مؤشرات الاستراتيجيات والسياسات :

القوانين، السياسة الصحية، وجود لجنة وطنية مختصة برعاية المُسِنّيْن، تواتر اجتماعات اللجنة، والتقارير السنوية للجنة.

مؤشرات بناء القدرات:

عدد دورات التدريب حول صحة المُسِنّين، عدد المتدربين من القائمين على تقديم الخدمات، المنهج التدريبي، التدريب أثناء العمل، ودورات ترويحية.

مؤشرات المشاركة المجتمعية:

خدمات الدعم المجتمعي، مرافق الدعم المجتمعي، دور الرعاية النهارية ونوادي الرعاية النهارية.

مؤشرات التنسيق والتعاون:

الشبكات والإحالة والترتيبات ولجان تيسير الأعمال.

مؤشرات أداء النظام الصحي:

عدد المرافق المراعية للسن، الخدمات المنزلية، مؤشرات جودة الخدمة، آليات الاعتماد، الأبحاث، التقارير، برامج ترويج الصحة، معدل الرضا عن الخدمات.

مؤشرات الاستخدام:

زيارات العيادات الخارجية، معدلات الإدخال بالمستشفيات، متوسط مدة المكث، استهلاك العقاقير، وضع التأمين الصحي.

الاستراتيجية الإقليمية للتعمر المفعم بالصحة والنشاط ورعاية المُسِنّين في إقليم شرق المتوسط 2006-2015

المكونات الرئيسية:

1- صياغة السياسات والاستراتيجيات.
2- الرعاية الصحية الأولية كحجر الزاوية للشيخوخة المفعمة بالنشاط.
3- مشاركة قوية للمُسِنّين في المجتمع.
4- تطوير الموارد البشرية من أجل رعاية صحية عالية الجودة.
5- تكوين ورعاية شبكات لتيسير رعاية المُسِنّين.
6- أبحاث ومسوحات ودراسات لتكوين قاعدة بيانات مُسْنّدَة بالبيِّنات حول رعاية المُسِنّين.
7- وفع درجة الوعي بين السكان حول الشيخوخة المفعمة بالنشاط.

التدريب 1:

قم بإعداد خطة عمل لإعلان المركز الصحي الذى تعمل به كمركز يراعي السن، وحدد فيه المدة الزمنية لكل خطوة، والأفراد والجهات المعنية، والموارد المتاحة، ومؤشرات المتابعة.

المُسِنّون في حالات الطوارئ:

شددت منظمة الصحة العالمية على ضرورة شمول المُسِنّين في خطط الطوارئ، وفي التدخل في الأزمات. ففي كثير من الأزمات يمثل المُسِنّون لمجتمعاتهم مورداً أساسياً، ويعتمد القائمون على الاستجابة للأزمات والإغاثة في أنحاء العالم على قدرة المُسِنّين على المساهمة في تخطي المجتمعات للأزمات التي تتعرض لها، من خلال معرفتهم وحكمتهم وخبرتهم بمجتمعاتهم، وتلجأ العديد من المجتمعات المحلية وخاصة القبلية مها في كثير من الأحيان الى المُسِنّين باعتبارهم قادة وحكماء لتخطي الأزمات، فيلتمسون منهم النصح والإرشاد في تحديد الاحتياجات وتوزيع الموارد المتاحة.

وعلى النقيض من ذلك، فإنه في كثير من الأحيان يغفل القائمون على الإغاثة تلبية الحاجات الأساسية للمُسِنّين، رغم أن من الضروري أن تكون خدمات الإغاثة مراعية للسن، وأحياناً يؤدي نقص التدريب لدى القائمين على تقديم الخدمات أثناء الإغاثة إلى تغيير دور المُسِنّين كقادة مجتمعيين عند تعاملهم مع البنى المجتمعية المحلية، مما يترك أثراً سلبياً ويقوّض مورداً مجتمعياً هاماً.

تدريب 2 :

ما هي الاحتياجات الأساسية وقت الإغاثة.

ناقش مع مجموعتك كيف يمكن أن يؤثر ضعف الحواس لدى المُسِنّين في الحصول على الاحتياجات الأساسية وقت الإغاثة.

المُسِنّون في مراحل الأزمات الطارئة :

في مرحلة الاستعداد:

1- رفع درجة الوعي باحتياجات المُسِنّين وأولياتهم في الأزمات لدى جهات تقديم الخدمات الصحية وجهات الإغاثة.
2- توفير الأدوية الأساسية والموارد الصحية للمُسِنّين في حالات الطوارئ.
3- إعداد خطط إدراة الأزمة وأدوات توفير احتياجات المُسِنّين.

في مرحلة الاستجابة للأزمة:

1- التأكد من أن المُسِنّين على دراية بالأزمة، ويتاح لهم الوصول للخدمات الصحية الطارئة في الأزمة.
2- توفير خدمات إغاثية مراعية للسن لرعاية صحة المُسِنّيْن.
3- الترويج للتخطيط وللتنسيق من مختلف القطاعات لرفع درجة الوعي عن احتياجات المُسِنّين في الأزمات، والتقليل من مخاطر تهميشهم وتدهور حالتهم الصحية في الأزمات.

مرحلة التعافي من الأزمة والمرحلة الانتقالية:

1- بناء قدرات المؤسسات والالتزام بتوفير الصحة والأمان للمُسِنّين في الطوارئ.
2- دعم قدرات وزارات الصحة ونظام الرعاية الصحي لتلبية احتياجات المُسِنّين في الطوارئ.
3- تطوير آليات تدعم استمرار التطوير وتبادل الخبرات المتعلقة برعاية المُسِنّين في الطوارئ.
4- دعم الشيخوخة المفعمة بالصحة والحيوية كاستراتيجية لتقليل الهشاشة في الأزمات وتطوير درجة المرونة.

مثال :

قامت وزارة الصحة بإعداد خطة عمل شاملة للاستعداد للاستجابة لحالات الطوارئ، شملت استعداد المؤسسات الصحية لتلبية احتياجات المُسِنّيْن في الحالات الطارئة وتضمنت قائمة بالعقاقير والاحتياجات الأساسية التي يجب توافرها في كل وحدة رعاية صحية أولية لتلبية احتياجات المُسِنّيْن وتحديد مهام الجهات القائمة على تنفيذها في حالات الطوارئ.

مراجع استرشادية:

- Age Friendly Primary Health Care Toolkit, WHO 2008.
- Towards Age Friendly Primary Health Care, WHO 2004.
- Strategy for Active and Healthy Ageing and Older People Care 2006-2015 WHO EMRO 2006.
- Older People in Emergencies :Considerations for action and policy development , WHO 2008
- Monitoring supervisory and evaluation tools for community based initiatives, WHO-EMRO 2010.
- Handbook on planning, monitoring and evaluation for development results, UNDP 2009.
- Older People needs following major disasters: a qualitative study of Iranian elders' experiences of the Bam earthquake, Cambridge University Press 2009.

الفصل (2-5) الدعوة والترويج الاجتماعي وإذكاء الوعي باحتياجات المُسِنّين

الدكتور فهمي بهجت يوسف

بنهاية هذا الفصل سوف يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على أهم الأفكار الخاطئة الشائعة حول المُسِنّين وكيفية تصحيحها.
- يتعرّف على الوسائل العملية التي يمكن اتباعها للدعوة وللتسويق الاجتماعي للشيخوخة المفعمة بالصحة والنشاط.

تنبع رعاية المُسِنّيْن في إقليم شرق المتوسط من النموذج الثقافي الراسخ في الإقليم، وقد كان من المتوقع أن المُسِنّيْن سيعيشون ويحصلون على الرعاية ضمن بيوت عائلاتهم، غير أن التغير الاقتصادي وتغير المُثُل الاجتماعية جعلت بعض العائلات تشعر بأنه من الصعب عليها القيام بهذه المسئولية دون دعم، ومن أجل تقديم هذا الدعم لا بدّ من أن يدرك أصحاب القرار السياسي ووسائل الاعلام والمجتمع المدني وعامة الناس هذا التحول، واتباع وسائل عملية لرفع الوعي المجتمعي بهذا التحول الديموغرافي وباحتياجات المُسِنّيْن وبالتدابير التي يمكن اتخاذها من أجل الاستجابة لهذه الاحتياجات.

التواصل مع صانعي القرار:

من الضروري بذل الجهود للوصول إلى الاشخاص المؤثرين وتحفيزهم لتلبية احتياجات المُسِنّيْن، من خلال ورش عمل مشتركة، وندوات، واجتماعات، كما يجب ان يكون من المُسِنّين بعض الإداريين في المجتمع وفي العائلة وفي المنظمات غير الحكومية، وأن يكون المُسِنّون أنفسهم هدفاً لحملات التوعية.

قطاع الإعلام:

يحتاج قطاع الإعلام وقطاعات النشر الحكومية إلى دعم تقني من قطاعات الصحة والشؤون الاجتماعية من أجل تطوير برامج التوعية الجموعية الوطنية باستخدام الوسائل المطبوعة والوسائط السمعية والبصرية. وينبغي تطوير الرسائل الملائمة، والتي لا تنقل فقط احتياجات المُسِنّيْن، بل تشير أيضاً إلى المساهمات الفعلية والممكنة للمُسِنّيْن في المنزل وفي المجتمع. كما يجب التشجيع على النشر الواسع النطاق لمساهمات المُسِنّيْن البارزين في مجالات السياسة والأدب والعلوم والطب والصناعة، من خلال وسائل الإعلام، لتعزيز صورة المُسِنّيْن، وصورة التقدم في السن مع الحفاظ على الفعالية والنشاط.

و كثيرا ما تقود الرسائل التي تبثها وسائل الإعلام إلى تشكيل مجموعات ضغط في المجتمع تتخذ من وجود المُسِنّيْن في مؤسسات البلد سبباً لتقديم أنماط مختلفة من الدعم. ومن المهم أيضاً تعزيز التعاون مع وسائل الإعلام المحلية، مثل الإذاعة المحلية والجرائد المحلية في محيط الرعاية الصحية الأولية.

المؤسسات المحلية:

يمكن أن تقدم النوادي النسائية والروابط الشبابية والمنظمات الدينية والخيرية، إذا ما تم تحفيزها بصورة صحيحة، دعماً هاماً للمُسِنّيْن الذين يعانون من العوز الاقتصادي ومن العجز الجسمي، والذين ليس لديهم من يعتني بهم. كما يجب توطيد الروابط الوطنية والإقليمية للمُسِنّيْن من أجل نشر الدعوة ونشر المعلومات.

المؤتمرات التقنية:

ويمكن أن تكون المؤتمرات التقنية لمختلف فروع العاملين، مثل العاملين الصحيين والاجتماعيين، فعّالة إلى حد كبير في إذكاء الوعي بين الهيئات المهنية التي تنتسب إليها، وتضمن بذلك دعمها في تقوية المُثُل الثقافية السائدة في البلدان النامية

والقائمة على العناية بالآباء والأقارب المُسِنّين لكونه مكوناً هاماً في الاستراتيجيات الوطنية، فتقوية هذه المُثُل الثقافية بين الشباب أسلوب هام.

الجهات التعليمية:

يجب على القطاع الصحي أن يساعد القطاع التعليمي في تضمين الرسائل الملائمة في مناهج المدارس لتوضيح مبادئ المسؤولية عن رعاية الأقارب المُسِنّيْن، وتقوية هذه المُثُل الثقافية أيضاً من خلال رسائل ينشرها المعلمون في دروس الدين وفاعلو الخير المعروفون والأفراد المحترمون في المجتمع.

الأيام العالمية المتعلقة بالمُسِنّيْن:

اليوم العالمي للمُسِنّيْن

أصبح الاحتفال باليوم الدولي للمُسِنّيْن مناسبة وطنية هامة تحرص العديد من الدول على إحيائها لرفع مستوى الوعي المجتمعي بقضايا الشيخوخة. ويُحتفَل به في الأول من تشرين الأول/أكتوبر من كل عام.

اليوم العالمي للوقاية من إساءة معاملة المُسِنّيْن

يوافق يوم 15 حزيران/يونيو من كل عام، وقد بدأت الأمم المتحدة الاحتفال به في عام 2011.

اليوم العالمي لمرضى ألزهايمر

يوافق 21 أيلول/سبتمبر من كل عام احتفال الجمعية العالمية لمرض ألزهايمر.

اليوم العالمي للصحة:

يوافق 7 نيسان/أبريل، من كل عام، وفي عام 2012 أعلنت منظمة الصحة العالمية شعار ذلك اليوم "الصحة الجيدة تضيف حياةً إلى السنوات" وأعلن اليوم بداية لخمسة أعوام كاملة من الأنشطة الإقليمية والعالمية المتعلقة برعاية المُسِنّين.

محاضرات التثقيف الصحي:

تتبع كثير من مراكز الرعاية الصحية الأولية برامج دورية داخل المركز أو في المجتمع لتوعية المُسِنّين والقائمين على رعايتهم باحتياجات المُسِنّيْن، ومن نماذج المواضيع التي يمكن تقديمها في هذه المحاضرات: كيفية تلافي حوادث السقوط لدى المُسِنّين، والتغذية السليمة للمُسِنّين، والاكتشاف المبكر للأمراض الأكثر شيوعاً، والعبء الذي يتحمله القائمون على تقديم الرعاية للمُسِنّين وكيفية التعامل معه، والموارد المجتمعية المتوفرة للمُسِنّين.

مطبوعات التوعية:

مثل الكتيبات، والمَطْوِيّات، والملصقات، وصحائف الحقائق.

الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي:

بدأ العديد من دول الإقليم في حملات توعية عن احتياجات المُسِنّين من خلال الإنترنت، وقامت وحدات رعاية صحية أولية بالتعريف بخدماتها من خلال شبكات التواصل الاجتماعي وخاصة التفاعلية منها. وتشير إحصائيات محركات البحث إلى تزايد عدد الكلمات المتعلقة بأماكن تقديم الخدمات للمُسِنّين مقارنة بغيرها من المواضيع المتعلقة بالمُسِنّين.

حملات التوعية:

ويمكن يقوم فريق الرعاية الصحية الأولية بالتنسيق محلياً لحملات التوعية المحلية من خلال التنسيق مع القادة المجتمعيين، وبالتنسيق مع مراكز التجمع للفئات المستهدفة.

ما هي مكونات حملات التوعية:

- القائمون على الحملة، والفريق الذي سيعمل على تنسيق الحملة
- رسالة الحملة التي تريد إيصالها للناس، وسبب الحاجة إلى إيصال هذه الرسالة، ومدى المعرفة بالمفاهيم المجتمعية التي تتعلق برسالة الحملة.
- الفئة التي تستهدفها الحملة، وهل هم فئة عمرية محددة، وهل يسكنون منطقة محددة، وما هي درجة ثقافتهم وتعليمهم، وما هي التعديلات التي ينبغي إجراؤها على الرسالة لضمان وصولها وقبولها.
- وسائل توصيل رسالة الحملة، وتستخدم الحملة عادة أكثر من وسيلة لإيصال الرسالة إلى الفئات المستهدفة.
- الأدوات التي تستخدمها الحملة تراعي السن، مع إشراك المُسِنّين من المجتمع في صياغة مواد الرسالة.
- وسائل قياس الإنجازات التي تحققها الحملة، باستخدام استبيانات قبل وبعد التنفيذ، لقياس مدى التغير في وجهات النظر، واستفتاء آراء الجمهور المستهدف، وإجراء إحصائيات لمعرفة التغير في سلوك الجمهور المستهدف، وإحصائيات عن وصول الرسالة للجمهور المستهدف.

تصحيح المفاهيم المغلوطة الشائعة المتعلقة بالمُسِنّين:

بحسب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان فإن جميع البشر يولدون أحراراً، وأنهم متساوون في الكرامة والحقوق، وهذه الكرامة لا تتغير مع السن، ولا باختلاف الجنس.

وكثيراً ما يُرْبَط بين الشيخوخة وبين التقاعد والمرض والاعتماد على الغير. ولا يَخْفي أن السياسات والبرامج التي تدور في هذا الإطار المفاهيمي القديم لا تعكس الحقيقة. فالحق أن معظم الناس يداومون على العناية بأنفسهم، وأنهم يبقون مستقلين بشؤون أنفسهم حتى سِنٍّ متقدِّمة جداً. وفي إقليم شرق المتوسط، على وجه الخصوص، يواصل الكثيرون ممن تخطُّوا الستين المشاركة بطريقة أو بأخرى في القوى العاملة.

وتشير المعطيات الموثوقة الواردة من العديد من البلدان إلى تزايد الاحتمالات، مع التقدُّم في العمر، للإصابة بأمراض مزمنة، مثل الاضطرابات القلبية الوعائية، والاضطرابات العضلية الهيكلية، والأمراض التنفسية، والسرطان، مما يعني أن نسبة من العاملين الذين تقدَّم بهم العمر تعاني من قصور في قدراتها الوظيفية، بما في ذلك القدرة على العمل، ولا يمكنها القيام بجميع المهام التي يُتوقَّع أن يقوم بها العاملون الذين هم أصغر سناً من دون تكييف بيئة العمل. ولكن هذا لا يعني أن العاملين من المُسِنّيْن هم أقل فائدة ممن هم أصغر منهم سناً، وإنما يعني أن هنالك حاجة إلى تكييف ظروف العمل وإلى اتخاذ ترتيبات خاصة للصحة والسلامة المهنية لحفظ صحتهم وتعزيزها أثناء العمل.

وقد يتمتَّع العاملون المُسِنّون بمزايا معيَّنة، منها التفاني في العمل بدرجة أكبر ممن هم أصغر منهم سناً، وتفوّقهم عليهم في المهارات الروتينية بفضل خبراتهم الطويلة، وتمتُّعهم بشخصية أكثر ثباتاً بفضل تجاربهم في الحياة وبفضل ما أكسبته لهم السنون من نضج في الفكر والشخصية. بل إن هذه المزايا تجعلهم هم بالذات أنسب لبعض الأعمال التي يزداد الطلب على قيامهم بها، وينبغي للمجتمع أن يستفيد على نحو أفضل من قدراتهم هذه التي غالباً ما يفتقر إليها العاملون الذين هم أصغر سناً.

والمُسِنّون هم، على العموم، أكثر نشاطاً في قطاع الأعمال غير الرسمية، كالأعمال التي يمكن إنجازها من المنزل، والأنشطة الحرة الصغيرة النطاق، وإن كانت إحصاءات سوق العمل لا تورد في الغالب أمثال هذه الأنشطة. وكما لوحظ آنفاً، فإن إسهام المُسِنّين في المنزل بأعمال لا يتّخذون عليها أجراً، كرعاية الأطفال والمرضى، تتيح لأفراد الأسرة الذين هم أصغر سناً،

الالتحاق بأعمال مدفوعة الأجر. ثم إن الأنشطة الطوعية للمُسِنّين في جميع البلدان، تمثِّل إسهاماً اقتصادياً واجتماعياً مهمّاً لصالح المجتمع.

ولا بد للإقليم من إطار مفاهيمي يُنظَر من خلاله إلى المُسِنّيْن باعتبارهم مشاركين نشيطين في مجتمع يتمتع بتكامل عُمْريّ، وباعتبارهم مساهمين نشيطين في التنمية ومستفيدين منها. وينبغي لمثل هذا الإطار المفاهيمي أن يتّخذ نهجاً يقوم على التعاون بين مختلف الأجيال، ويقرّ بأهمية العلاقات بين أعضاء الأسرة والأجيال، وبأهمية التعاضد فيما بينهم. إن مثل هذا الإطار من شأنه أن يعزّز مفهوم "مجتمع لجميع الأعمار"، الذي كان محور الاهتمام الرئيسي لسنة الأمم المتحدة الدولية للمُسِنّيْن لعام 1999.

مفاهيم خاطئة ومفاهيم صحيحة عن المُسِنّين

المفهوم الخاطئ	التصحيح
المُسِنّون يتشابهون جميعهم في الطباع ويفكرون بنفس الطريقة	الأشخاص من الأعمار الأخرى لا يتشابهون في الطباع ويفكرون بنفس الطريقة فلا نتوقع أن المُسِنّين متشابهون. واقع الأمر تختلف الحياة بعد 65 عاماً عن الحياة بعد 85 عاماً. والمُسِنّون متنوعون كتنوع الإنسانية، فهم يأتون من خلفيات تعليمية وثقافية متنوعة
التقدم في السن يبدأ دائما بعد سن 65	متوسط العمر المتوقع يجعل تعريف "الشيخوخة" مفهوماً نسبياً. فالشيخوخة البيولوجية لا تعادل السنوات فقط، بل تبدأ عند تضاؤل المساهمة النشطة في المجتمع، وذلك يعتمد على حالة الفرد الصحية والرفاه.
المُسِنّون فئة مختلفة عن بقية السكان	جميع الناس يتقدمون في السن ليصبحوا إن عاجلاً أو آجلاً مُسِنّين. وأياً كانت المرحلة العمرية التي يحياها الناس فإنها اليوم تؤثر على صحتهم ورفاههم غداً.
التقدم في السن يصاحبه الإعاقة والهشاشة	يحتفظ أغلب الناس بلياقتهم وبقدرتهم على رعاية أنفسهم حتى المراحل المتأخرة من العمر، ففي سنّ 70 عاماً يحتفظ الرجال ب 80% والنساء ب 65 %من قدرتهم العضلية القصوى التي اكتسبوها في سنّ 20 عاماً، ونسبة كبيرة من المُسِنّين لا يشعرون بأن للتقدم بالسنّ تأثير مباشر على جودة حياتهم اليومية
المُسِنّون هم فئة غير متجدده عفا عليها الزمان	المُسِنّون هم الفئة الأوسع والأكثر تنوعاً في الخبرات، ويساهمون في مجتمعاتهم كقادة وعاملين وأكاديميين وعلماء ومتطوعين وفنانين وخبراء، ومصادر للمعرفة.
المُسِنّون لا يستطيعون التعلُّم	التعلُّم لا يقتصر على الأطفال والشباب، والعمل لا يقتصر على منتصف العمر، والتقاعد لا يعني انعزال المُسِنّين. وينبغي إعداد برامج داعمة للتعلُّم في كل الأعمار، وإتاحة الدخول إلى أسواق العمل على مدى العمر. فذلك يدعم التضامن بين مختلف الأجيال ويتيح المزيد من الأمن والأمان للأطفال وللآباء ولجميع الناس في شيخوختهم.
المُسِنّون لا يستطيعون مساعدة أحد	المُسِنّون يقدمون العون لأسرهم ويقدمون لمجتمعاتهم الخبرة والحكمة.
المُسِنّون يصحبهم الاكتئاب	مشاعر الحزن والفقدان وتعكُّر المزاج مشاعر طبيعية، ولكن الاكتئاب المزمن يتداخل مع قدرة الفرد على العمل، وينصح بعلاجه من قبل الاختصاصيين.
المُسِنّات أقل أهمية من الذكور	لا تقتصر قيمة المرأة على جمالها وشبابها وخصوبتها، ولكن المُسِنّات لهنّ دور هام في الأسرة وفي المجتمع وفي رعاية أزواجهن وأحفادهن.
المُسِنّون لا يستحقون رعاية صحية جيدة	التقدم في العمر ليس بالضرورة سبباً للمرض، ومن الضروري تحديد التشخيص الصحيح والمعالجة الجيدة.

مراجع استرشادية

- practical Guide to successful Advocacy, STOP the global epidemic of chronic illness, WHO, 2006
- Strategy for active and healthy ageing and older people care 2006-2015, WHO EMRO, 2006
- Toolkit for World Health Day Celebration WHO 2012
- Teaching Strategies FOR Health Education &Health Promotion Working with patients, families, and communities

الفصل (3-5) الرعاية الصحية المجتمعية للمُسِنّين وإنشاء الشبكات

الدكتور فهمي بهجت يوسف

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على المبادئ الأساسية لنظم إدارة الرعاية الصحية المجتمعية المراعية للسن.
- يكتسب مهارة إنشاء دليل للخدمات المجتمعية للمُسِنّين في المركز.
- يكوِّن نظرة شمولية في تقديم الخدمات.
- يميِّز دور الرعاية الصحية الأولية في تقديم الخدمات ضمن طيف من الخدمات المتاحة والمتواصلة.
- يتعرّف على مبادرات منظمة الصحة العالمية لتهيئة بيئة ومجتمعات مراعية للسنّ.

إن نظم إدارة الرعاية الصحية المجتمعية المراعية للسن هي مكوِّن أساسي للمبادئ العامة المراعية للسنّ، فلا يمكن إنشاء الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن بدونها.

المبادئ الأساسية لنظم إدارة الرعاية الصحية المجتمعية المراعية للسن:

- ينبغي على مراكز الرعاية الصحية الأولية بذل كل جهد ممكن لتكييف إجراءاتها الإدارية لتلبية احتياجات المُسِنّين، بمن فيهم المُسِنّون ذوو المستويات التعليمية المنخفضة أو من لديهم اعتلال معرفي.
- ينبغي لنظم الرعاية الصحية الأولية أن تكون حساسةً للتكلفة من أجل تسهيل وصول الرعاية المطلوبة من قبل الأشخاص ذوي الدخل المنخفض.
- ينبغي اعتماد نظم الرعاية الصحية الأولية التي تدعم سلسلة متصلة من الرعاية سواء داخل المجتمع أو بين المجتمع أو بين كل من المجتمع ومستويات الرعاية الثانوية والثالثية.
- ينبغي أن تضع مراكز الرعاية الصحية الأولية الآليات التي تسهل وتنسق الوصول إلى خدمات الرعاية الاجتماعية والمنزلية.
- ينبغي أن تكون أنظمة حفظ السجلات في الرعاية الصحية داعمة لمفهوم الرعاية من خلال سلسلة متصلة عن طريق حفظ في السجلات خدمات الرعاية المجتمعية والرعاية الثانوية والثالثية فضلاً عن توفير الخدمات الاجتماعية للمترددين عليها.
- ينبغي أن يتوافر ممثلين عن جميع الأشخاص والجهات المعنية بما في ذلك المُسِنّون الذين يكونون جزءاً من آليات صنع القرار، بالمشاركة فيما يتعلق بتنظيم خدمات الرعاية المجتمعية.
- ينبغي تقديم المعلومات العملية عن مركز الرعاية الصحية الأولية مثل ساعات العمل، والرسوم والعقاقير والتحاليل المختبرية (المعملية) ورسومها وتسجيل كافة هذه الإجراءات بالطريقة الملائمة المراعية للسن.

دليل الخدمات المجتمعية للمُسِنّين:

قد يكون لدى المُسِنّين عدة احتياجات طبية واجتماعية، وهي احتياجات يمكن تحديدها أثناء التماس المشورة من موظفي الرعاية الصحية الأولية، ومع ذلك غالباً ما يكون من الصعب على المُسِنّين معرفة أين يمكنهم التوجه للحصول على المساعدة المطلوبة أو طبيعة الخدمات المتوفرة، ومعايير ورسوم الحصول عليها. وتلعب مراكز الرعاية الصحية الأولية دوراً هاماً في تثقيف المُسِنّين والقائمين على رعايتهم عن الخدمات المتاحة وطرق الإحالة.

تدريب عملي

قم بفحص إذا كان مركز الرعاية الصحية الأولية الذي تعمل فيه لديه قائمة كاملة ومحدَّثة من الخدمات المجتمعية التي يقدمها للمُسِنّين، وإذا لم يكن الأمر كذلك فإننا نقترح عليك الاتصال بالوكالات المحلية للحصول على مثل هذا الدليل، ولكن إذا لم يكن هناك ما هو متاح قم بوضع دليل للخدمات المجتمعية المحلية للمُسِنّيْن.

وتذكّر أنّ مثل هذه الخدمات تتغير عادة من حين إلى آخر، فبالتالي ينبغي أن يُحَدَّث هذا الدليل تباعاً، ويلاحظ أنه من المفيد عند إنشاء مثل هذا النوع من قواعد البيانات المحلية أن تكون مصنفة حسب نوع الخدمة، مثل الرعاية النهارية والمساعدة المالية. وعند طباعة الدليل ينبغي أن يكون مطبوعاً بشكل يتيح إضافة صفحات أو إزالتها، مع تحديث البيانات، مع تذكر أهمية طباعته بحسب المبادئ المراعية للسن.

المعلومات التي يجب توافرها في دليل الخدمات المجتمعية:

اسم المؤسسة	
العنوان	
الهاتف	
البريد الإلكتروني	
الفاكس	
اسم الشخص المسؤول عن الرعاية أو عن الإحالة الهاتف البريد الإلكتروني	
الخدمات المقدمة	
شروط تقديم الخدمة	
رسوم الخدمة	
ملحوظات تعليقات بيانات أخرى هامة	
تاريخ آخر تحديث للبيان	

تمرين في مجموعات:

الزمن : 15 دقيقة

قم مع مجموعتك بإعداد قائمة بأسماء الخدمات المتوافرة في المنطقة التي فيها وحدة الرعاية الصحية الأولية التي يمكنك أن تحيل اليها المُسِنّيْن الذين يزورون الوحدة والتي يمكن أن يشملها دليل الخدمات المجتمعية للمُسِنّين في المركز الخاص، مثل:

- مُسِنّ وحيد يشعر بالملل وليس لديه أصدقاء.
- مُسِنّ ليس له أي مصادر دخل ويحتاج لدعم مالي فوري.
- مُسِنّ يحتاج إلى مأوى للإقامة فيه.
- مُسِنّ لديه اعتلال معرفي يقوم على رعايته أحد أبنائه، فيحتاج يومياً إلى الذهاب صباحا الى عمله.

برنامج منظمة الصحة العالمية الخاص بالبيئات المراعية للسن:

برنامج البيئات المراعية للسن هو جهد دولي تقوم به منظمة الصحة العالمية للتصدي للعوامل البيئية والاجتماعية التي تسهم في الشيخوخة الصحية والنشطة في المجتمعات.

إن المدن الصديقة للمُسِنّيْن من نهج السياسات الأكثر فعالية للتعامل مع الشيخوخة السكانية، ففي عام 2008، وللمرة الأولى في التاريخ، عاش غالبية سكان العالم في المدن. وبحلول عام 2030، سيعيش 3 من أصل كل 5 أشخاص في العالم في المناطق الحضرية، حيث أن المدن لديها الموارد الاقتصادية والاجتماعية لإجراء التغييرات الضرورية لتصبح صديقة للمُسِنّيْن أكثر، وهي تستطيع قيادة أصغر المجتمعات المحلية، من هذا المنطلق ركزت معظم الأعمال الأولية لمنظمة الصحة العالمية في هذا المجال على البيئة الحضرية.

المدينة المراعية للسن: هي بيئة حضرية شاملة ومتاحة تشجع على الشيخوخة المفعمة بالصحة وبالنشاط. وترتبط محددات الشيخوخة المفعمة بالصحة وبالنشاط بالتالي مع محددات المدينة المراعية للسنّ، فمن مكوّناتها الأساسية:

النقل، والأسكان، والأبنية والمساحات الخارجية، والمشاركة المدنية والتوظيف، والمشاركة المجتمعية، والاحترام والاندماج الاجتماعي، والاتصالات والمعلومات، والدعم المجتمعي والخدمات الصحية.

وتتمحور المدن المراعية للسنّ حول التواصل مع القائمين على تقديم الخدمات بمختلف أنواعها لتهيئة وتكييف الخدمات لتلائم كافة الأعمار، ففي المدينة المراعية للسن تدعم المنشآت والسياسات والخدمات والبنى السكان، وتمكّنهم من أن يتقدموا بالعمر وهم نشطاء، من خلال الاعتراف بالنطاق الواسع من القدرات والموارد التي يمتلكونها، واستباق احتياجات الشيخوخة المفعمة بالصحة وبالنشاط والاستجابة لها بمرونة، واحترام قرارات المُسِنّيْن واختيارهم لأنماط حياتهم وحماية الأضعف منهم وتشجيع اندماجهم في جميع مجالات الحياة المجتمعية ومشاركتهم فيها.

وفي إقليم شرق المتوسط تشارك المدن التالية في هذه المبادرة: مدينة حماة في الجمهورية العربية السورية، مدينة دير عطية في الجمهورية العربية السورية، مدينة عمّان في الأردن، مدينة طرابلس في لبنان، مدينة إسلام أباد في باكستان. وتنمو المبادرة في مختلف أنحاء العالم وانضم اليها ما يزيد عن الخمسين مدينة في كل قارات العالم.

والرعاية الصحية الأولية في المدينة المراعية للسن هي حجر الزاوية للشيخوخة المفعمة بالصحة وبالنشاط، علما بأن الدور الهام هنا لن يكتمل إلا في حالة تواصل الخدمات بوحدة الرعاية الصحية الأولية مع الخدمات الأخرى المقدمة بالمدينة.

والخطوة الأولى تبدأ من تكوين الدليل المحلي للخدمات المجتمعية المراعية للسن وإنشاء الشبكات مع المشاركين في المبادرة المحلية لتسهيل الإحالة وتحسين الخدمة وسد الفجوات.

إنشاء الشبكات على مستوى وطني وإقليمي وعالمي:

شجعت استراتيجية رعاية المُسِنّين والشيخوخة المفعمة بالصحة وبالنشاط 2006-2015 على إنشاء الشبكات الوطنية والإقليمية للمهنيين العاملين برعاية المُسِنّين. كما انشأت منظمة الصحة العالمية الشبكة العالمية للمدن المراعية للسن، والشبكة الإقليمية لوحدات الرعاية الصحية الأولية المراعية للسن في إقليم شرق المتوسط.

مراجع استرشادية:

- Age Friendly Primary Health Care Toolkit, WHO 2008
- Towards Age Friendly Primary Health Care, WHO 2004
- Age Friendly Cities; A guide ,and the checklist for AFC, WHO .2007

الفصل (4-5) نظم الإحالة في الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

الدكتورة ضحى علي رشيدي

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مفهوم الإحالة الصحية وأهميته.
- يعدّد أنواع الإحالة الصحية المختلفة.
- يحدّد أهم أسباب الإحالة لمختلف مستويات الرعاية.
- يحدّد إجراءات الإحالة الصحية.

الإحالة الصحية:

هي عملية توجيه أو إعادة توجيه المريض للمستوى الأمثل من الرعاية الصحية، وعادةً ما تنطلق مِنَ المستويات ذات الإمكانات الأدنى إلى المستويات ذات الإمكانات الأكبر، مما يتيح الفرصة لاستمرارية الخدمة. فللمُسِنّين العديد من الاحتياجات الطبية والاجتماعية التي قد يحددها فريق عمل مركز الرعاية الأولية أثناء الكشف عليهم، ويصعب على المُسِنّين تحديد المكان الذين يجب التوجه إليه، سواءً للمساعدة أو لمعرفة نظام الخدمات التي يتم تقديمها، والمعايير المتبعة فيه، والمصروفات اللازمة. لذا يلعب مركز الرعاية الأولية دوراً هاماً في توعية المُسِنّين والقائمين على رعايتهم بالخدمات المتاحة لهم ونظم الإحالة إليها.

أنواع الإحالة الصحية:

- **إحالة داخلية:** إحالة بين مختلف أعضاء فريق العمل بالمركز.
- **إحالة خارجية**
  - إحالة الى مراكز مجتمعية للمُسِنّين
  - إحالة إلى مراكز صحية أخرى
  - إحالة طارئة
  - إحالة روتينية

الإحالة الخارجية:

إحالة إلى مراكز صحية أخرى

الإحالة الطارئة: وتتم في الحالات الطارئة التي لا يمكن معالجتها في المراكز الصحية الأولية.

الإحالة الروتينية: وتتم وفق معايير متفق عليها مسبقاً مثل:

- استشارة الاختصاصي فيما يتعلق بخطة علاج المريض.
- دخول المريض للمستشفى وعلاجه به.
- طلب الدراسة المختبرية وبالأشعة.
- مراكز تأهيلية متخصصة.

إحالة إلى مراكز مجتمعية للمُسِنّين

- إحالة إلى دُور المُسِنّيْن ودُور الرعاية النهارية ونوادي المُسِنّيْن.
- يجب أن يتوفر لدى أي مركز رعاية صحية أولية قائمة كاملة ومُحَدَّثة (دليل) بالخدمات المجتمعية للمُسِنّين. كما يجب أن تتنوع الخدمات الموجودة في الدليل من حيث طبيعة الخدمة والمصروفات والتوزيع الجغرافي، وذلك لتلائم جميع فئات المُسِنّين المترددين على الرعاية الأولية.
- وأهم الخدمات المجتمعية التي ينبغي ذكرها بهذا الدليل وتوضيح وسائل الإحالة إليها هي: دُور الرعاية المختلفة، ومراكز الرعاية الطويلة الأمد، ومراكز إعادة التأهيل، ومراكز تقديم الاستشارات الخاصة بالتغذية، والخدمات الاجتماعية، وما إلى ذلك...
- ومن المعلومات الأساسية التي يجب أن يتضمنها الدليل: الاسم، والعنوان، ووسيلة الاتصال بالهيئة التي تقدم الخدمة، وبيان بمجموعة الخدمات المقدمة، ومصروفات الخدمات.

الإحالة الداخلية من عضو إلى أخر في فريق الرعاية

وهو إحالة المُسِنّين ضمن أقسام مركز الرعاية الصحية الأولية نفسه.

- تتطلب الإحالة الداخلية من عضو إلى أخر في فريق تقديم الرعاية للمُسِنّين نفسه توفير التفاصيل الدقيقة عن المريض وحالته المرضية من خلال استمارة ورقية أو إلكترونية تحتوي تفاصيل الأعراض الحالية والتاريخ المرضي والفحص السريري (الإكلينيكي) مع التشخيص المبدئين وأهم الإجراءات المقترحة، والأدوية الحالية، وسبب الإحالة.

كما يجب أن تتضمن الاستمارة اسم الطبيب المحوِّل، والطبيب الذي تتم الإحالة إليه، والتاريخ، واسم المريض، ورقمه التعريفي.

- تحدث داخل مركز الرعاية الصحية الأولية على سبيل المثال، بين مكتب التسجيل، وغرفة الكشف، أو غرفة الإجراءات، أو الصيدلية، أو الخزانة ،..
- يجب أن يتحقق فريق عمل العيادات من انسيابية حركة المرضى المُسِنّين داخل المركز بين الخدمات المختلفة المتوفرة دون معاناة.
- يجب توفير نموذج تحويل بسيط للتحويلات الداخلية، متضمنًا الاسم، والرقم التعريفي للمريض، والتشخيص الطبي، وسبب التحويل، وبيان بالنتائج والردود.

إجراءات الإحالة الخارجية:

- تحديد المؤسسة الأنسب أو مقدم الخدمة الأمثل والتواصل معه لتدبير إجراءات الإحالة، والتأكد من توافر الخدمة المطلوبة، ويفضل تحديد موعد مسبق مع اختصاصي محدد، لتجنب تأخير وإزعاج المريض، أما في الحالات الطارئة، فتكون الإحالة باسم طوارئ المستشفى للمساعدة على سرعة استقبال الحالة، كما يجب في هذه الحالة أن يصاحب المريض أحد أفراد الفريق الطبي، ويتم توفير وسيلة نقل المريض.
- التواصل مع المريض والقائمين على تقديم الرعاية له، وتزويدهم بشرح مفصل لأسباب الإحالة، والتحضيرات اللازمة، والتكلفة، والنتيجة المتوقعة منها، والحصول على موافقته.
- يجب أن يتأكد المرضى من عدم نشر بياناتهم الصحية والاجتماعية حتى مع الأقارب إلا في حال موافقتهم على ذلك. كما يجب قياس رضا المريض وما يتوقعه المريض من الإحالة، وإلى أي مدى تحقق هذا التوقع.

أسباب الإحالة الصحية:

ونظام الإحالة يسهل توفير الإمكانات التي لا تتوافر للمراكز الصحية مثل إجراء التداخلات الجراحية أو الفحوصات المختبرية أو بالأشعة أو غيرها، للوصول للتشخيص أو متابعة حالة المريض، أو تقديم خدمة علاجية متقدمة للمريض، وبذلك تحقق عملية الإحالة الاستمرارية في خدمة الرعاية الأولية.

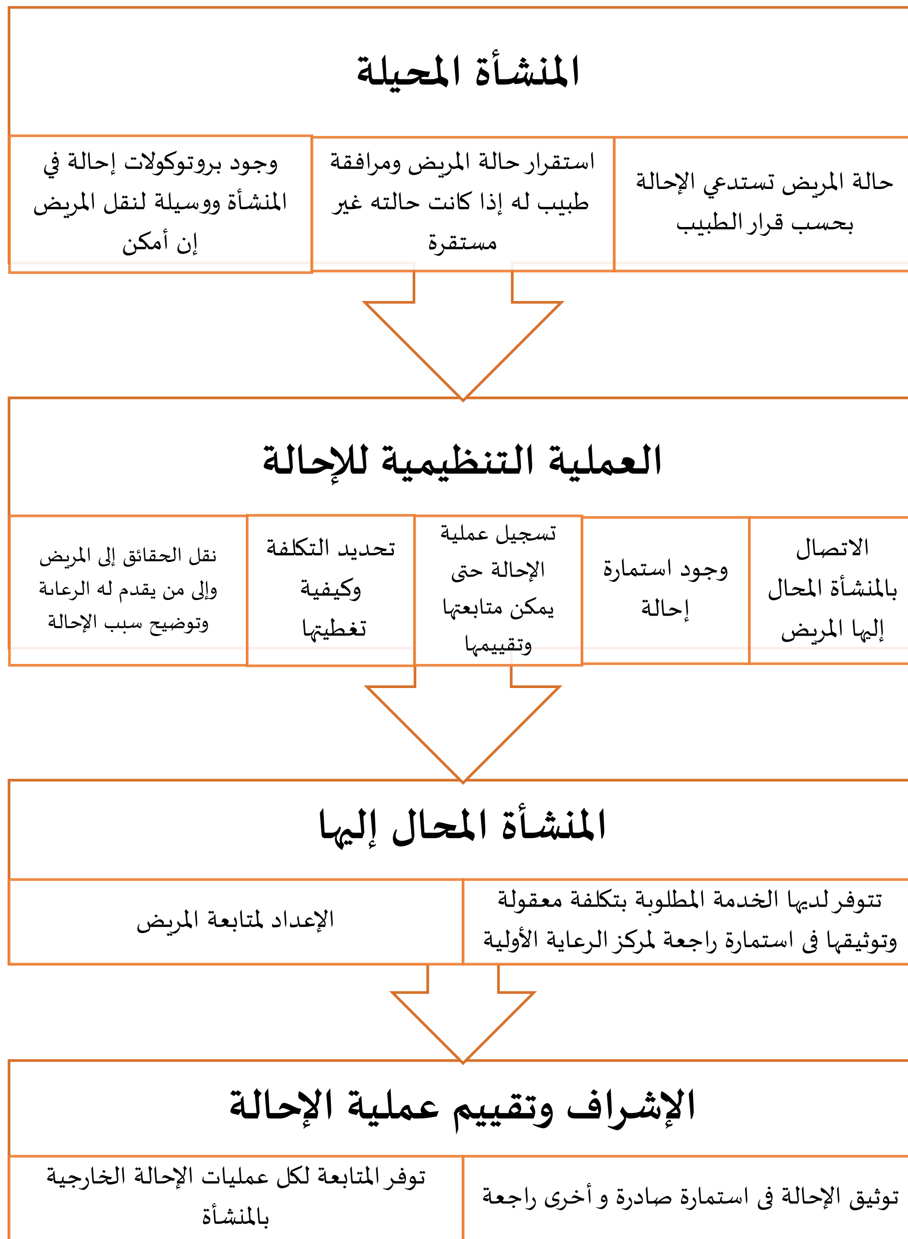
كيفية تحديد المنشأة المحال إليها

يتم تحديد المنشأة المحال إليها وفقاً للقرار الطبي الذي يتخذه الطبيب المعالج، ووفقاً لتوافر الخدمة المطلوبة بالمنشأة المحال إليها.

يشترط في المنشأة المحال اليها:

- أن يكون فيها مُنَسِّق لحالات الإحالة يقوم بتوجيه المريض إلى الخدمة المطلوبة بنموذج الإحالة، وتحديد المواعيد للإحالات المسبقة، ويحتفظ بسجل كامل لجميع الإحالات.
- أن تتم إجراءات الإحالة بصورة سريعة وترضي المريض.
- أن تكون التكلفة مناسبة.
- أن تكون متاحة جغرافياً للمريض.

مكونات نظام الإحالة الصحية الخارجية:



مراجع استرشادية:

- WHO: (2008): Age-friendly PHC centres toolkit.
- Kim Cervantes, René Salgado, Misun Choi, and Henry D. Kalter. Rapid Assessment of Referral Care Systems: A Guide for Program Managers. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, November 2003.
- Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers: http://www.who.int/management/facility/referral/en/
- Robert K. Jarve and David W. Dool (2011): Simple Tools to Increase Patient Satisfaction with the Referral Process. Fam

الفصل (5-5) المعلوماتية الطبية في الرعاية الصحية الأولية ونظام المعلومات الصحية الخاص بالمُسِنّين ورعايتهم

الدكتورة إيمان أحمد اللباني

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على المعلومات الديموغرافية والوبائية والصحية الخاصة بالمُسِنّين.
- يعرف نسبة ونمط انتشار أهم الأمراض والإصابات التي تتعرض لها هذه الفئة العمرية.
- يعيد توجيه البرامج الوقائية والمسوح الوبائية طبقاً للمعلومات المستخرجة من نظام المعلومات الصحية.
- يحدد الاحتياجات من المستلزمات الطبية أو المتخصصين لكل منشأة صحية طبقا لمعدلات الحدوث والانتشار للأمراض.
- يميز دور القائم على تقديم الرعاية الأولية وفريق العمل ومدى استفادتهم من نظام المعلومات الصحية.
- يميز فوائد نظام المعلومات الصحية وكيفية تطبيق وتوظيف التقارير التي يحصل عليها لخدمة المُسِنّين.
- يدرك متطلبات وعوائق تطبيق نظام المعلومات الصحية وكيفية التغلب عليها.

الصحة الجيدة أمر أساسي للمُسِنّين كي يبقوا مستقلين ويستمروا بالمساهمة في شؤون عائلاتهم ومجتمعاتهم. لذلك فإن تقوية وتدعيم نظام الرعاية الصحية الأولية، أضحى في بؤرة اهتمام منظمة الصحة العالمية من أجل توفير اتصال مباشر ومستمر ومنتظم، بين المُسِنّين المترددين على وحدات الرعاية الصحية الأولية من أجل حفظ أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسمانية والذهنية ووقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به وتمكينهم من أن يظلّوا موارد حيوية في المجتمع.

نظام المعلومات الصحية

هو نظام منتظم ومستمر لجمع البيانات بطريقة قياسية موحدة ومعالجتها ليمكن تقديمها لصانعي القرار، وتقييم الرعاية الصحية والخدمات التي يقدمها المركز الصحي، وتحديد ما إذا كانت الرعاية الصحية المنشودة تلبي أو لا تلبي الاحتياجات الطبية الأساسية للفرد أو للجماعات بالقدر الكافي.

إذ يتم جمع المعلومات عن أسباب المراضة ومعدل انتشار عوامل الخطورة المؤدية إليها، مثل التدخين والسمنة وقلة ممارسة الأنشطة البدنية وغيرها، وبالتالي يمكن تحديد معدل حدوث الأمراض ونمط انتشارها بين الفئة العمرية المستهدفة، مما يساهم في وضع الخطط وتحديد الاحتياجات وتوجيه برامج الصحة العامة للتحكم والسيطرة طبقاً للمعلومات الموجودة بكل منشأة صحية، ولصالح السكان المنتفعين منها.

أهداف نظام المعلومات الصحية في المُسِنّين

1. يساهم نظام المعلومات الصحية في إعطاء معلومات شاملة ومجمعة عن المريض وتاريخه الصحي بسرعة فائقة وكفاءة عالية وعلى نحوٍ مريح وسهل.

2. تطبيق نظام المعلومات الصحية على المستوى الوطني، له فعاليته وأهميته ومغزاه الحيويّ والاستراتيجي من حيث مشاركة المعلومات بين المؤسسات الطبية المختلفة، والمسئولين الصحيين وصانعي القرار.

3. عمل قاعدة بيانات خاصة بكل مركز صحي تشتمل على المؤشرات الديموغرافية والصحية والاجتماعية والاقتصادية اللازمة لعمل خريطة صحية عن الخدمة المقدمة في هذا المركز، وعن الحالة الصحية للمنتفعين، لتقييم الوضع الحالي وتحديد الاحتياجات واللوازم والخدمات الواجب استحداثها لتوفير أفضل خدمة وتطبيق كافة إجراءات التحكم والسيطرة على الأمراض المعدية وغير المعدية وتحقيق المجتمع الصحي المراعي للسن.

4. ايجاد تقارير قومية عن المؤشرات الصحية، والوضع الصحي، وأهم الأمراض والاصابات المنتشرة بين المُسِنّين وأنماط ومعدلات انتشارها في الأماكن المختلفة والفئات العمرية المستهدفة وعوامل الخطورة المسببة لها، ليستفيد من ذلك المسئولون وصانعو القرار في اتخاذ الإجراءات، وفي سَنّ التشريعات اللازمة، وتوجيه برامج الصحة العامة لتحسين الوضع الصحي للمُسِنّين.

وحيث أن المقصود بهذا النظام هو مجموعة من الأنظمة الحاسوبية، التي تستخدم لتوفير المعلومات الطبية الخاصة بالمرضى والمراجعين بوجهٍ خاص، وبالوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات بوجهٍ عام، وتتضمن مجموعة من الوظائف تمكّن المستخدم من إدخال المعلومات وصيانتها واستعراضها، وإصدار إحصاءات وتقارير تساعد على اتخاذ القرارات الطبية العلاجية والوقائية والإجراءات الإدارية التي تضمن تحسين الخدمة وتوفير الاحتياجات والمتطلبات للمنتفعين، وتسهّل عليهم الحصول على أي بيانات تختص بتاريخهم الصحي، ففئة المُسِنّين يمكنهم الاستفادة من هذا النظام وخاصة أن معظمهم لديهم تاريخ مرضي طويل ومشكلات صحية متعددة.

يتكون النظام ببناء شبكة إلكترونية مركزية ترتبط بقواعد البيانات الإلكترونية الموجودة بكل منشأة صحية وبذلك يكون النفع على المستوى المركزي أو القومي أو الإقليمي.

كيفية حفظ بيانات المُسِنّين الذين يترددون على المركز الصحي:

يتم حفظ بيانات المرضى في السجلات التي تمثل عامل الربط بين المترددين من المُسِنّين وبين الخدمات التي تقدمها الوحدات والمراكز الصحية ومنظومة تحديث الخدمات المقدمة للمنتفعين. وللسجلات نوعان:

1- سجلات ورقية تصاحب المريض منذ دخوله المنشاة الصحية ويتم فيها تسجيل كافة البيانات الخاصة به وكل الخدمات الصحية التي يحتاجها وتقدم اليه من قبل المنشأة الصحية

2- سجلات الكترونية تكون نسخة طبق الأصل من السجلات الورقية تنقل إلى الحاسوب (الكمبيوتر) لتجميع البيانات الخاصة بالمترددين على المنشأة الصحية.

أهمية تحويل السجلات الورقية إلى سجلات الالكترونية للمرضى المُسِنّين:

هناك إجماع دولي في القطاع الصحي على أن حجر الزاوية في أي نظام معلومات صحي هو السجل الطبي الإلكتروني للمريض الذي يشكل عماد نظام السجلات الإلكترونية للمرضى Electronic Medical Records (EMR) ، وأهمية استكمال بياناته ومطابقتها للسجل الورقي المصاحب للمريض، ولا يمكن اليوم تصور وجود منشأة صحية لا تتضمن على الأقل شكلاً بدائياً من السجلات الطبية الإلكترونية.

يحتوي السجل الطبي الإلكتروني على جميع معلومات القبول والتشخيص والسوابق المرضية، والإجراءات العلاجية المتخذة والموافقات على هذه الإجراءات، والتقارير الطبية الناتجة عن الإجراءات، والاستشارات والعلاج الدوائي والتقرير الطبي والمتابعات بعد تخريج المريض.

ولا يعني السجل الطبي الإلكتروني تسجيل المعلومات الخاصة بالمريض وعلاجه فقط، بل يرصد حركته داخل المنشأة الصحية، ويتيح النفاذ إلى معلوماته في أي قسم من أقسامها طوال فترة بقائه بالمنشأة الصحية أو في أي وقت يتردد عليها، نظراً لتفعيل أنظمة معلومات حاسوبية متكاملة.

- إن النظام الإلكتروني المتكامل يتألف من أجهزة كمبيوتر، فيه برنامج لإدخال البيانات مشتق من البيانات الموجودة بالسجلات، وفريق عمل متكامل يتألف من مُدخلين للبيانات وفنيين في الإحصاء وطبيب للإشراف، وكلهم مدربون تدريباً جيداً على التعامل مع البرنامج الالكتروني.

- ارتباط كافة الأنظمة الموجودة بالمنشأة الصحية بالنظام الالكتروني العام، مثل أنظمة المختبرات (المعامل) والتحاليل الطبية، وقسم الاشعة، والعيادات الخارجية، والصيدلية وغيرها.
- الربط بين الخدمات الصحية والإجراءات الوقائية والاحترازية التي تقدمها المنشأة الصحية والمطلوبة منها طبقاً للتقارير والمعلومات التي يتم استخراجها من نظام المعلومات الصحية.
- تحديد مسؤوليات الفريق الصحي تجاه نظام العمل الالكتروني وتفعيله، وأهمها الالتزام باستكمال البيانات الموجودة في السجلات في الوقت المحدد لضمان جودة البيانات.
- الاستعانة الدورية بخبراء تحليل البيانات أو التغذية الراجعة من المستوى المركزي لمعرفة الوضع الوبائي والصحي للمنشأة.

فوائد نظام المعلومات الصحية للمُسِنّين ومزاياه:

إن المعلومات والتقارير التي يقدمها نظام المعلومات الصحية تضمن رؤية واضحة عن المترددين على المنشأة وفئاتهم العمرية المختلفة واحتياجاتهم ومدى تطابق ذلك مع الخدمات المتوفرة والمقدمة من المنشأة الصحية. كما أن تحليل البيانات يؤدي إلى معرفة المؤشرات الصحية ومدى انتشار الأمراض وأنماطها بين هذه الفئه العمرية، مما يساعد في تحسين جودة الخدمة الصحية وتحديثها على أسس تستند على البيِّنات.

سلبيات نظام المعلومات الصحية:

لعل السلبية الوحيدة أو الأكثر أهمية هي التمويل، إذ يحتاج تركيب وتجهيز مثل هذه الأنظمة إلى نفقة مادية ليست قليلة، إضافة إلى تدريب الأُطُر العاملة على استخدامها استخداماً صحيحاً. إلا أن هذه السلبية تتلاشى مع الزمن، وتعوض المزايا السابقة هذه السلبية.

مشاكل وعوائق تطبيق نظام المعلومات الصحية:

لا بد من التمييز عند الحديث عن عوائق تطبيق نظم المعلومات الصحية بين المؤسسات التي هي قيد الإنشاء، والتي تود تطبيق مثل هذه النظم، وبين مؤسسات قائمة بالفعل تريد الانتقال من العمل الورقي التقليدي إلى نظام المعلومات الصحية.

أولاً: تطبيق نظم المعلومات الصحية في المؤسسات التي في طور الإنشاء:

تنحصر العوائق في هذه المؤسسات في التكلفة المادية العالية لتركيب هذه الأنظمة، وفي إيجاد الأَطُر البشرية القادرة على تشغيلها. وتبدو هذه المشكلة شبه محلولة، إذ يمكن للمؤسسة الصحية وضع الفريق العددي المناسب من العاملين عند إنشاء المؤسسة، ولاحقاً التعامل مع شركات متخصصة في صيانة المنظومات، وضمان عملها باستمرار.

ثانياً: تطبيق نظم المعلومات الصحية في المؤسسات الصحية القائمة فعلاً:

إضافة إلى المعوقات الواردة في البند السابق تظهر العديد من المعوقات والصعوبات الأخرى منها:

- ✓ قد يتطلب استحداث نظام إلكتروني جديد في العمل تغيير الفريق العددي للعاملين بالمنشأة الصحية والاحتياج لمؤهلات جديدة، وذلك قد يحتاج لقرار من سلطات مختصة أعلى (مركزية)، ولا يكون عادة بيد مدير مركز الرعاية الصحية الأولية.
- ✓ تغيير عقلية الفريق العامل الذي تعود على العمل الورقي التقليدي، إذ سينتقل إلى التعامل مع بيانات إلكترونية غير ملموسة مادياً، وتغيير طريقة العمل والدورة المستندية في المؤسسة الصحية.

- ✓ ضعف التجارب الشبيهة في هذا المجال وعدم استمراريتها تدفع أصحاب القرار إلى الشك في إمكان نجاح تطبيق مثل هذه الأنظمة، ومن ثَم انتظار الأبحاث التي تثبت نجاح هذه الأنظمة قبل اعتمادها في منشآتهم الصحية. هذا الأمر يقيهم من الإحساس بالمغامرة، وتجريب أنظمة جديدة في العمل قد لا تكون ناجحة، ليس بسبب المنظومة ذاتها وإنما لأسباب أخرى منها فريق العمل والإمكانات المادية.
- ✓ غياب الاستراتيجيات الطويلة الأمد في المنشآت الصحية، وهذا الأمر قد يعرض هذه المنظومات للانهيار بعد تركيبها، نتيجة وجود عطل ما، وعدم توفر الإمكانات المادية لإصلاحه، أو يكون من المتعذر التعامل مع الشركات البائعة لهذه الأنظمة بسبب القوانين والرتابة أو الروتين.
- ✓ عدم قدرة فرق العمل الطبية والتمريضية والإدارية، غير المدربة على استخدام التقنيات الحديثة، والتي تنتمى إلى جيل قديم لم يتعلم في بداية عمره استخدام التقنيات الحديثة.
- ✓ تطبيق مثل هذه المنظومات، ويؤدي إلى وجود نظامين عاملين في الوقت نفسه: نظام ورقي تقليدي يعمل عليه أصحاب الجيل القديم، ونظام إلكتروني يعمل عليه المُدَرَّبون (الجيل الجديد)، أو العاملون الذين يستطيعون تشغيل المنظومات الإلكترونية. وهذا الأمر يتطلب متابعة جيدة ودقيقة لتطابق المعلومات المسجلة ورقياً مع محتوى المنظومات الحاسوبية، للحصول على معلومات صحيحة ودقيقة، ونظاماً إلكترونياً حاسوبياً بمعلومات يمكن الاستفادة منها.
- ✓ يتطلب تطبيق نظام المعلومات الصحية مدة زمنية طويلة تمتد حتى خمس سنوات ومن ثَم يجب أن يتمتع القائمون عليها بالصبر وأن يتجاهلوا النقد الذي سوف يُوَجَّه لهم خلال السنوات الأولى من التطبيق.
- ✓ إضافة إلى ما سبق وإذا أخذنا بعين الاعتبار المنشآت الصحية في القطاع الخاص، فإنه تظهر لدينا مشكلة أخرى هي أن هذا القطاع يهتم بالربح، ولذا فإن إنفاق مبالغ كبيرة على مثل هذه المنظومات أمر له حسابات خاصة به.
- ✓ التغلب على عوائق تطبيق نظام المعلومات الصحية:

1. من الهام جداً رفع الوعي لدى صانعي القرار، ليضعوا تطبيق نظام المعلومات الصحية في أولوياتهم، مما يؤدي إلى وضع خطة واضحة وشاملة تشمل المؤسسات الصحية كافة، وتعمل على تطبيق نظام المعلومات الصحية، بحيث تكون الأنظمة المركبة في المنشآت المختلفة واحدة ومتجانسة، مما يسهل عملية الربط وتبادل المعطيات والمعلومات فيما بينها في المستقبل، ويدعم إمكان وجود بحوث طبية حقيقية.
2. عمل شراكات مع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية لتبني فكرة تطبيق نظام المعلومات الصحية والاستفادة من دعمها التقني والمادي.
3. تبادل الخبرات مع المنشآت الصحية المطبقة لهذه الأنظمة لبيان حتمية وجود وتطبيق نظم المعلومات الصحية.
4. من الخطوات البَنَّاءة والهامة التي تساهم في تعزيز إمكانية تطبيق واعتماد هذه النظم بدء انتشار الاعتماد Accreditationللمنشآت الطبية في العالم، وارتباطها بالضمان الصحي، ووجوب تطبيقها في جميع المنشآت الصحية، وسعي القيادات وصانعي القرار على اعتمادها، وتطوير الخدمة الطبية المقدمة للمواطن، وإنشاء مراكز الأبحاث الصحية.

حالة للمناقشة: الحالة 5-5

مراجع استرشادية:

- Age friendly primary health care, http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_standards/en/index.html
- National Vital Statistics System, http://www.cdc.gov/nchs/nvss.htm

الفصل (5-6) الدعم الصحي الاجتماعي للقائمين على رعاية المُسِنّين

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على مشاكل تقديم الرعاية للمُسِنّين.
- يتعامل مع المفاهيم الخاطئة المتعلقة بتقديم الرعاية للمُسِنّين.
- استكشاف إجهاد القائمين على تقديم الرعاية والوقاية منه وحجم المشكلة.
- يتعرف على عوامل الخطر والمتغيرات المؤثرة في المشكلة.
- يتعرف على دور الفريق في دعم القائمين على تقديم الرعاية.
- يتعرف على خدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية والتعامل مع القائم على تقديم الرعاية الذي يُعاني من الإجهاد والإنهاك.

مشاكل تقديم الرعاية للمُسِنّين

إن القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين هم الركيزة الأساسية في رعاية للمُسِنّين الرسمية وغير الرسمية، وهم مع ذلك لا يتلقون الدعم المطلوب.

تعريفات:

الرعاية Care

تلبية احتياجات الناس الصحية والاجتماعية على نحو يضمن حفظ كرامتهم.

الرعاية الرسمية Formal care

تلبية المؤسسات الرسمية الحكومية لاحتياجات الناس الصحية باعتبارها من حقوقهم.

الرعاية غير الرسمية Informal care

تلبية المؤسسات الأهلية أو غير الحكومية لاحتياجات الناس الصحية مقابل تغطية التكاليف مع أو بدون هامش للربح.

القائمون على تقديم الرعاية من الأسرة Family caregiver

يشمل أفراد الأسرة والأصدقاء والجيران الذين يقدمون الرعاية غير الرسمية بدون أجر كواجب أسري.

إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية Caregiver burnout

يقصد به حدوث مشاكل صحية أو نفسية أو اجتماعية للقائمين على تقديم الرعاية بسبب انصرافهم لعبء تقديم الرعاية للمُسِنّ أكثر من رعايتهم لأنفسهم.

إن تقديم الرعاية للمُسِنّين يُمثل تحدياً كبيراً يواجه خدمات الرعاية الصحية الأولية. وذلك لأن القائمين على تقديم الرعاية، سواءً كانوا من الأسرة أو يعملون مقابل أجر، هم الركيزة الأساسية في سلسلة تقديم الرعاية للمُسِنّين، سواء في المنزل أو كاستمرار لسلسلة الرعاية، بعد عودة المُسِنّ إلى المنزل من أحد مؤسسات الرعاية، مثل المستشفى. والرعاية الصحية

الأولية هي خط الدفاع الأول في مكافحة مشكلة إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية التي تشبه الجبل الجليدي العائم الذي نستطيع رؤية جزء صغير منه فقط على السطح.



القائمون على تقديم الرعاية لا يوجد لديهم أي خبرات أو تخطيط منظم للرعاية:

أغلب القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّ كثيراً ما يُفاجأون بحدوث أزمة لدى المُسِنّ، مثل مرض مفاجئ، فيؤدون دور تقديم الرعاية الأساسية له، وذلك دون أن تتاح لهم فرصة للتدريب أو فرصة لتعديل نظام حياتهم أو أعمالهم أو واجباتهم، وكثيراً ما يدخلون في حلقة مفرغة لمحاولة تقديم أفضل سبل الرعاية للمُسِنّ دون الإخلال بواجباتهم الحياتية الأخرى، مثل الواجبات تجاه الزوج والأولاد والعمل، وهذا يقلل مما لديهم من الاحتياطي الضئيل لمواجهة أي أعباء حياتية جديدة، مثل نزلة إنفلونزا لدى المُسِنّ، أو لدى القائم على تقديم الرعاية له، أو عبء حياتي جديد مثل زيادة الواجبات نحو الأولاد أو العمل، مما قد يؤدي إلى إنهاك وإجهاد واستنفاد قواهم.

التحول الاجتماعي والاقتصادي في الدول النامية:

أصبحت المرأة في الدول النامية جزءاً من قوة العمل، مما يؤثر على دورها التقليدي الكامل في تقديم الرعاية، من موقعها أماً أو زوجة أو ابنة أو زوجة ابن. وفي المدن والريف يتزايد التحول الاجتماعي من الأسرة الممتدة ، التي تتكون من أكثر من جيلين، ويعيش في كنفها الأجداد والآباء والأبناء في مكان واحد أو متقارب، إلى أسرة نواة، تقتصر على الأبوين وأبنائهم الصغار فقط. وهذا يؤدي إلى إلقاء عبء الرعاية على الزوجة أو الزوج، اللذين يصبحان مُسِنّين، أو أحد الأبناء، دون توافر أي دعم من بقية الأهل الآخرين.

المفاهيم الخاطئة عن رعاية المُسِنّين:

1. **خدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية تمثل قطاعاً صغيراً من خدمات رعاية المُسِنّين**، وهذا مفهوم خاطئ، لاعتماد القطاع الأكبر من المُسِنّين على الرعاية غير المؤسسية.
2. **يغلب أن يوفر الزوجان الرعاية لبعضهما أو لمن يعيش معهما:** وهذا مفهوم خاطئ، إذ عادة ما يتحمل الزوج عبء رعاية زوجته، لأن الأبناء لا يقدرون حجم الرعاية المطلوب بسبب غيابهم عن الرعاية لحظة بلحظة، ولا يفهمون قدرات والدهم أو والدتهم الحالية، ولوجود صورة نمطية قديمة عن الوالدين قبل تزوج الأبناء. أو قد يقع الحمل على أحد الأبناء الذي لم يتزوج بعد، أو الذي لا يعمل، أو على أكبر البنات، أو على زوجة الابن الأكبر، أو على أحد الأبناء الذين يسكنون بقرب المُسِنّ.
3. **من يتحمل عبء الرعاية يتكيّف معه، ولا يحتاج إلى مساعدة كبيرة:** وهذا مفهوم خاطئ، إذ عادة ما يمتنع الأفراد الآخرون عن المساعدة في تقديم الرعاية، أو يقدمون المساعدة في الأعباء المالية فقط، وذلك بسبب أعباء الحياة، مثل الهجرة أو السفر للعمل أو تباعد المسافات أو عبء العمل أو حمل رعاية الأسرة أو الأوضاع المالية.

4. **من العيب طلب المساعدة عند تقديم الرعاية لأحد المُسِنّين:** وهذا المفهوم غير دقيق، فقد يمتنع القائم على تقديم الرعاية، مثل الزوج والابنة الكبرى وزوجة الابن، عن مناقشة عبء الرعاية أو عن طلب المساعدة في الرعاية خوفاً من الاتهام بالتقصير من الأسرة أو المجتمع، أو من الشعور بالذنب، أو الخوف من الاعتراف بعدم القدرة على الرعاية، أو ربما الفشل في تحمل العبء.

وعلى النقيض من ذلك، توجد نماذج قليلة من الأبناء أو الأزواج الذين يسارعون في التخلي عن مسؤولياتهم في تقديم الرعاية، وإدخال المُسِنّ إلى إحدى المؤسسات لرعاية المُسِنّين، ربما بسبب الصعوبات الكثيرة التي تقابلهم في بداية تقديم الرعاية، وعدم وجود خبرة لديهم، وتولّد الخوف من المستقبل، وزيادة عبء الرعاية، وذلك بالطبع يؤثر على جودة حياة المُسِنّ ومستوى أدائه الوظيفي.

5. **تقديم الرعاية للمُسِنّين عبء حتمي لأنه واجب حتمي:** وهذا المفهوم غير دقيق، فقد يكون تقديم الرعاية بالفعل واجباً حتمياً، لكنه ليس بالضرورة عبئاً حتمياً، إذا خططنا له بحكمة واستعملنا وسائل الدعم المناسبة. وكلمة "واجب" تغطي على وصف الرعاية على أنها "عمل" يبذل فيه مجهود عقلي وبدني ويستهلك الوقت.
6. **تقديم الرعاية للمُسِنّين هو عبء لفترة زمنية محدودة:** وذلك مفهوم خاطئ بسبب زيادة مأمول العمر المُتَوَقَّع للمُسِنّين، وتحسن خدمات تقديم الدعم لأعضاء الجسم، والرعاية الصحية، ومع تقدم العمر كثيراً ما يزداد عبء الرعاية.
7. **أنا وحدي استطيع تقديم الرعاية ولا أحتاج للمساعدة:** وذلك مفهوم خاطئ، لا يضع في تصوره التطور المستقبلي لظروف المُسِنّ، أو ظروف القائم على تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية.
8. **أنا وحدي أقدم الرعاية لعدم وجود خدمات مخصصة لمساعدتي:** وذلك تصور خاطئ، ينتج من عدم الوعي بخدمات بسيطة وغير مكلفة يمكن استعمالها، لتقديم دعم كبير للمُسِنّ والقائم على تقديم الرعاية، مثل الرعاية بالاستراحة.

عوامل الخطر والمتغيرات التي تزيد من مشاكل تقديم الرعاية

متغيرات خاصة بالمُسِنّ:

1. أسباب الحاجة للرعاية: هل هي تغيير صحي (مثل مرض) أو اجتماعي حاد مثل (فقدان شريك الحياة).
2. تطور سبب الحاجة للرعاية: حاد (مثل سكتة دماغية) أو يتفاقم تدريجيا (مثل مرض ألزهايمر).
3. درجة التدهور الوظيفي أو المعرفي للمُسِنّ: وذلك بتقييم أنشطة الحياة اليومية.
4. الحالة الاجتماعية: الشبكة الاجتماعية المتوافرة (رأس المال الاجتماعي).
5. التوقع المستقبلي لأوضاع المُسِنّ: الصحية والاجتماعية والمالية والأداء الوظيفي.

متغيرات خاصة بالقائم على تقديم الرعاية:

1. الحالة الصحية: القدرة الصحية البدنية والنفسية على تقديم الرعاية للغير (خصوصاً إذا قدم الرعاية لزوجته).
2. الحالة الاجتماعية: الشبكة الاجتماعية (رأس المال الاجتماعي) وهل يقدم الرعاية لآخرين مثل زوجة وأبناء معاً.
3. الحالة المهنية والاقتصادية: هل يعمل، وهل عنده أمان مالي كافٍ.
4. الوعي بخدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية المتاحة: مثل رعاية بالاستراحة.
5. وجود أي مفاهيم خاطئة عن تقديم الرعاية
6. الوعي بأسباب وعلامات إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية: والتعامل معها، وما تقدمه الرعاية الصحية الأولية من خدمات دعم.

7. درجة تأثُّر حياة القائمين على تقديم الرعاية: مثل تقديم تضحيات مادية أو انخفاض الطموح المهني أو التقاعد أو فقدان الأنشطة الاجتماعية والانعزال. وقد تصبح حياته مرتكزة حول تقديم الرعاية، فإذا دخل المُسِنّ مؤسسة أو مات قد يشعر القائم على تقديم الرعاية بفقدان هدفه أو الرغبة في الحياة.

خطوات استكشاف إجهاد القائمين على تقديم الرعاية والوقاية منه

1. **الخطوة الأولى – تقدير حجم الرعاية المطلوبة:** يجب عمل التقييم الشامل للمُسِنّ وللقائمين على تقديم الرعاية، وذلك لاستكشاف المشاكل الصحية والاجتماعية، ولحساب عبء الرعاية الحالي والمتوقع على المدى القريب والبعيد.
2. **الخطوة الثانية – تقدير الرعاية المتاحة الآن:** يجب استكشاف الشبكة الاجتماعية للمُسِنّ وللقائم على تقديم الرعاية. ومن هم القائمون على تقديم الرعاية المتاحون الآن وفيما بعد، وكيفية توليد المزيد من القائمين على تقديم الرعاية. وما يمكن توفيره من خدمات لسد حاجات المُسِنّ. وما يمكن تدريبهم لزيادة خدماتهم المباشرة للمُسِنّ.
3. **الخطوة الثالثة – خدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية:** يتم وضع حلول لسد ما تبقى من فجوات في حاجات المُسِنّ. وذلك بإرشاد القائمين على تقديم الرعاية لخدمات دعم المُسِنّين والقائمين على رعايتهم وتوعيتهم.
4. **الخطوة الرابعة – وضع التصور المستقبلي للرعاية:** يتم وضع التصور المستقبلي للرعاية وللحاجات المتوقعة تبعاً للحالة الصحية والاجتماعية للمُسِنّ. مع مراعاة بحث القائمين على تقديم الرعاية المتوقعين مستقبلاً، وأي ظروف متوقعة، مثل إجازات الصيف، أو ضغوط العمل، أو الميزانية السنوية، أو الضغوط الحياتية مثل امتحانات الأبناء، والحلول المتوقعة لها، والتوعية بعلامات إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية.
5. **الخطوة الخامسة – المتابعة والمسح المستمر:** بهدف الاكتشاف المبكر لأي أزمات، مثل الظروف الصحية أو الاجتماعية للمُسِنّ أو القائم على تقديم الرعاية له، والتعامل معها بسرعة، وتجنب إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية.

خدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية

الهدف العام لخدمات الدعم للقائمين على تقديم الرعاية هو تقديم الرعاية في إطار مفهوم الرعاية الأسرية، بتقديم القائمين على تقديم الرعاية لكل خدمات الرعاية للمُسِنّ ولأسرته وللقائمين على رعاية المُسِنّ. وهو مفهوم أوسع من الرعاية المنزلية الذي هو تقديم خدمات الرعاية المرتكزة حول المُسِنّ.

يمكن تقسيم خدمات دعم المُسِنّين والقائمين على تقديم الرعاية لهم على عدة مستويات:

1. خدمات الرعاية الشخصية الأساسية: مثل الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الأدوية.
2. خدمات الرعاية الاجتماعية داخل المنزل: مثل تحضير الوجبات وغسيل الملابس وتنظيف المنزل.
3. خدمات الرعاية الاجتماعية خارج المنزل: مثل النقل والمواصلات عند الذهاب للطبيب أو البنك أو النزهة أو الشراء من السوق.
4. خدمات الإيواء والسكن.
5. خدمات صحية: مثل الرعاية المنزلية بواسطة الطبيب أو الممرض.
6. خدمات تنظيمية: مثل تنظيم المنزل والأمان في المنزل وعمل الصيانة للمنزل في الكهرباء والسباكة.
7. الاستعانة بمستويات الرعاية الأخرى للمُسِنّين.

مستويات الرعاية الأخرى للمُسِنّين الداعمة للقائمين على تقديم الرعاية

1. دورات تدريبية: على مهارات رعاية المُسِنّين والتوعية بخدمات الدعم المتاحة.
2. جليس المُسِنّ: وهي وظيفة جديدة نشأت لتوفير الرعاية المنزلية بواسطة أفراد مدربين على رعاية المُسِنّين.

3. الرعاية بالاستراحة Respite care: يقصد بها قيام شخص آخر من الأسرة أو متطوع أو بأجر، من غير القائمين على تقديم الرعاية للمُسِن، بتحمل عبء الرعاية للمُسِنّ لفترة من الزمن، بشكل منتظم أو متقطع أو وقت الطوارئ، داخل المنزل، مثل جليس المُسِنّ، أو خارج المنزل مثل الرعاية النهارية أو في دور المُسِنّين.
4. الرعاية النهارية Day care داخل وخارج المنزل.
5. مجموعات زيارات دعم القائمين على تقديم الرعاية Drop-in support groups مثل مجموعات تزور للمساعدة في تسلية المُسِنّ أو المساعدة في شراء البقالة أو النظافة، ومجموعات تشجيع الرعاية الذاتية للقائمين على تقديم الرعاية، بالدعم النفسي للقائم على تقديم الرعاية وتذكيره بعدم إهمال ذاته.
6. الدعم المجتمعي للقائمين على تقديم الرعاية في مرونة العمل والإجازات، فمثلاً في مصر تمنح إجازة لرعاية الوالدين وأذونات التأخر أو الانصراف مبكراً أو العمل بعض الوقت أو العمل بالمنزل، أو الدعم المادي المباشر للقائمين على تقديم الرعاية.

دور أفراد الفريق المعاون في تقديم الرعاية

يشارك كل أعضاء الفريق في تقديم الدعم للقائمين على تقديم الرعاية، مثل التعليم والتوعية بطرق رعاية المُسِنّين وبطرق رعاية القائمين على تقديم الرعاية صحياً واجتماعياً ومهنياً، وبطرق التعامل مع تحديات رعاية المُسِنّين، وإنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية.

عضو الفريق	مهمته
الطبيب أو الممرض	• التقييم الشامل للمُسِنّ وللقائم على تقديم الرعاية له. • تقديم الدعم للمُسِنّ، مثل الرعاية المنزلية. • التحري عن أعراض إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية عند كل لقاء وبشكل دوري. • عمل تصور لتطور الوضع الصحي والأداء الوظيفي للمُسِنّ والقائم على تقديم الرعاية في المستقبل. • تقديم الاستشارة وتدريب القائمين على تقديم الرعاية.
الاختصاصي النفسي	• استكشاف القلق من عبء الرعاية وإنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية. • تنظيم جلسات جماعية للقائمين على تقديم الرعاية لتبادل الخبرات ولتقليل الضغوط وعلاج القلق والاكتئاب • مساعدة القائم على تقديم الرعاية في إدراك قدراته وعلامات تدهور صحته وانعزاله، وتعريفه بما يفعله في حال إنهاكه وإجهاده واستنفاد قواه.
الاختصاصي الاجتماعي	• استكشاف الشبكة الاجتماعية للمُسِنّ وللقائمين على تقديم الرعاية • إنتاج المزيد من مقدمي الرعاية الآخرين وشبكة دعم اجتماعية. • اقتراح خدمات دعم مثل خدمة توصيل وجبة جاهزة ساخنة للمنزل Meals on Wheels في بعض المجتمعات. • حساب التكلفة المتوقعة لخدمات الدعم وجدواها الاقتصادية والنصح بخصوص برامج دعم القائمين على تقديم الرعاية مادياً.
اختصاصي التغذية	• تقديم النصح لتفادي سوء التغذية للمُسِنّ وللقائم على تقديم الرعاية بأقل مجهود بدني وأقل وقت وتكاليف.

حالة للمناقشة: الحالة 5 – 6

مراجع استرشادية:

- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips, 14th ed. New York: The American Geriatrics Society; 2012.
- American Medical Association Guide to Home Care giving American Medical AssociationWiley; 1st edition (September 15, 2001
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach
- Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor)Springer; 1st edition (2007)

الفصل (5-7) قضايا اجتماعية واقتصادية وتشريعية هامة خاصة بصحة المُسِنّين

الدكتور أحمد شوقي محمدين

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

يدرك بعض القضايا المتنوعة التي تمس رعاية المُسِنّين مثل:

- التوجيهات المستقبلية والوكيل الصحي.
- قبول أو رفض الرعاية الصحية والرعاية غير المجدية أو العقيمة.
- التأمين طويل المدى.
- الوصمة.
- تقلص الشبكة الاجتماعية والعودة لنهر الحياة.
- تعليم المُسِنّين وجامعات العمر الثالث.
- قوة العمالة الفضية والعمود الرابع.
- بدو المستشفيات الرماديين ووضعية الباب المرتد.
- المشاكل العلاجية المنشأ.
- تأثير الجدود.
- إهمال الذات والأعراض الجسمية النفسية والجسمنة.
- أعوام الحياة الخالية من الإعاقة ومأمول العمر المُتَوَقَّع.

التوجيهات المستقبلية والوكيل الصحي:

- التوجيهات المستقبلية Advance directives ، وتعرف أيضاً بالوصية أثناء الحياة Living well هي توجيهات يسجلها المُسِنّ المتمتع بالقدرة على اتخاذ القرار شفوياً أو كتابياً أو بالصوت والصورة، لتسجيل تفضيلات وخيارات الرعاية في المستقبل في الحالات التي يتوقع إصابته بقصور في القدرة على اتخاذ القرار مستقبلاً، مثل إصابته بالغيبوبة والخَرَف المتفاقم وصعوبات التواصل مثل مرضى جلطات المخ، ففي حالات الخَرَف يتم تسجيل خيارات الحياة في المستقبل مثل مع من يفضل أن يعيش، وهل يفضل دخول دار لرعاية المُسِنِّين، هل يوافق على الإدخال في المستشفى، ومن سيتخذ القرارات نيابة عنه حول ماذا يأكل وأين يذهب وماذا يلبس وقرارته المالية.

- التوجيهات بشكل عام تساعد الأسرة والقائمين على تقديم الرعاية في اتخاذ القرارات في المستقبل. لا يشترط أن تشمل التوجيهات كل هذه النقاط، ولكن يمكن أن تشمل نقطة أو أكثر. والتوجيهات قد تكون عامة أو خاصة، مثل تسجيل قرارات حول سيناريو متوقع أو حول خيارات علاجية محددة.

- قد تكون مناقشة التوجيهات المستقبلية صعبة، بسبب عدم جرأة المُسِنّ أو الأسرة أو القائمين على تقديم الرعاية على مناقشة الاحتمالات السيئة أو التدهور المتوقع للحالة. ولكن مناقشة هذه المواضيع يخفف من وطأة المعاناة مستقبلاً عند الحاجة لاتخاذ القرار.

- من الممكن تعديل التوجيهات المستقبلية عدة مرات كلما زاد تفهم المرض وكلما تغيرت مرحلته.

- الوكيل الصحي Healthcare proxy/attorney: هو شخص يُوَكِّله المُسِنّ في اتخاذ القرارات التي تتعلق بخيارات الرعاية الصحية. من الممكن أن يكون من الأسرة أو طبيب الأسرة أو غير ذلك. وقد يكون الوكيل المالي نفسه أو شخصاً آخر مختلفاً.

قبول أو رفض الرعاية الصحية والرعاية غير المجدية أو العقيمة:

الرعاية الصحية هي إحدى وسائل حفظ الصحة ومحاولة استعادتها لتحسين جودة حياة المُسِنّين. وقرار قبول أو رفض الرعاية الصحية هو قرار هام وحيوي ومعقد. ويحكم هذا القرار العديد من المتغيرات مثل أخلاقيات ولوائح ممارسة المهنة والتقاليد والمعتقدات وتوافر الأهلية والمستوى التعليمي للمُسِنّ وأسرته وتوافر مهارات الاتصال ووقت ومعلومات وخبرة التثقيف الصحي عند القائمين على تقديم الرعاية الصحية للمُسِنّ. والأصل في قرار قبول أو رفض العلاج أنه اختياري تبعاً لاختيار المريض.

أنواع قرارات رفض أو قبول الرعاية الصحية:

- قرار قبول الرعاية الصحية إجباري:
  - إذا كان المريض فاقداً للوعي أو قاصراً والقرار يسهم في إنقاذ الحياة.
- قرار قبول الرعاية الصحية يتم تشجيعه وتفضيله:
  - في كل الحالات التي من المتوقع شفاؤها بالعلاج دون أذى.
  - في العلاجات التي تتفق مع القانون والتقاليد.
- قرار قبول الرعاية الصحية اختياري:
  - إذا كانت جدوى العلاج غير معروفة.
  - إذا كانت أضرار العلاج غير معروفة.
  - تمتع المريض بالأهلية وتوافر كل المعلومات له.
- قرار رفض الرعاية الصحية يتم تفضيله:
  - إذا كان العلاج لن يجدي على الأغلب.
  - إذا كان الضرر أو الإزعاج يفوق منافع العلاج.
- قرار الرعاية الصحية الشاملة مرفوض:
  - في حالات الرعاية النهائية حيث لا يمكن تقديم الرعاية الصحية الشاملة ولكن يمكن تقديم الرعاية التلطيفية أو الرعاية النهائية للحالات.

ويجب اتباع كل قواعد الطب المُسْنّد بالبَيِّنات وقواعد أخلاقيات ممارسة الطب في إصدار القرارات الطبية سواء بالرفض أو القبول.

الرعاية غير المجدية أو العقيمة Futile care هي الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية والعلاج لمريض على الرغم من عدم وجود فائدة معقولة أو أمل في الشفاء. ومن الأمثلة عليها بعض العمليات الجراحية في حالات السرطان المتفشي على الرغم من أنها لا تفيد ولا تشفي المرض، أو الاستمرار في وضع مريض موت جذع المخ على أجهزة التنفس الصناعي. والرعاية غير المجدية أو العقيمة مسألة حساسة يجب تناولها بحذر وحرفية عالية. وكثيراً ما يدور حولها الجدال بين القائمين على تقديم الرعاية الصحية، سواءً بين بعضهم البعض، أو بينهم وبين أسر المُسِنّين، بسبب عدم وضوح كل حقائق الرعاية أو الموقف الحالي للمريض أو بسبب المعاناة من الفقدان.

وبشكل عام، يجب أن يشارك في حسم الموضوع أكثر من استشاري واحد، بعد تقديم كل حقائق الرعاية والموقف الحالي لكل حالة على حدة، مع التركيز على الرفض التام للتحيُّز ضد المُسِنّين في بعض العلاجات، مثل دخول الرعاية المركزة، أو

الحصول على علاجات عالية التكاليف، مثل زراعة الأعضاء، والرفض التام لما يسمى بالقتل الرحيمmercy killing أو الانتحار بمساعدة الطبيب. ويجب التأكد من أن الخدمة الصحية أثناء وبعد الرعاية غير المجدية أو العقيمة لا تسبب ولا تشجع الوفاة. كما يجب اتباع كل قواعد الطب المُسْنَد بالبَيِّنات وقواعد أخلاقيات ممارسة الطب في إصدار القرارات الطبية.

التأمين طويل المدى:

التأمين طويل المدى Long term insurance (LTI) هو أحد أشكال الضمان الاجتماعي بالتأمين النافع للمُسِنّين. وهو مختلف عن التأمين التقليدي بأنه يهتم بالتغطية في آخر العمر، وربما طوال العمر. وهو يتمثل في دفع أقساط منخفضة لفترة طويلة تساهم في دفع تكاليف الرعاية الطبية للمُسِنّين. ويقوم به على الأغلب شركات خاصة. وقد بدأت العديد من الدول مثل المملكة المتحدة في إصدار تشريعات وتبني آليات لدور الدولة والقطاع الخاص في التأمين طويل المدى.

وقد ازدادت أهمية التأمين الطويل المدى وسوف تزداد باطراد مع تَشَيُّخ المجتمعات وزيادة الإصابة بمشاكل الشيخوخة مثل أمراض الخَرَف وغيرها من الأمراض. كما اهتمت المنظمات التي تدرس اقتصاديات التأمينات بدراسة العوامل المتداخلة المؤثرة في الرعاية الطبية الطويلة المدى، ومساهمة الدولة في تمويلها، ومساهمة شركات التأمين عبره في الرعاية الطويلة الأجل.

وتوجد العديد من أنماط التأمين الطويل المدى التي تلائم كل الأفراد، وتوجد دراسات تهتم بتقييم الأقساط بناءً على متغيرات متعددة، ومنها متغيرات غير تقليدية مثل النمط الجيني لبعض الأمراض مثل جين APOE4 في مرض الخَرَف. والاتجاه الآن لتبني التأمين الطويل المدى كأحد الحلول للمشاكل والأعباء القادمة بسبب تَشَيّخ السكان في أنظمة الرعاية الصحية والمجتمعية التي قد لا تكون مستعدة له.

الوصمة:

الوصمة هي ظاهرة اجتماعية تحملها مجموعة مجتمعية تجاه مجموعة أصغر منها بسبب حملها لخصائص محددة. تنشأ الوصمة من اعتقادات معينة، صحيحة أو غير صحيحة، تتعلق بوجود أمراض محددة أو إعاقات أو قصور وظيفي أو سلوكي. وتختلف قوة الوصمة بحسب ثقافات المجتمع المحلي. وللوصمة التي تلحق بالمُسِنّ عدة أشكال، منها وصمات ذات صلة بكثرة الأمراض وقصور الوظائف المعرفية وضعف العضلات وضعف الحواس.

والوصمة تؤثر على الأغلب تأثيراً سلبياً على المُسِنّ وعلى القائمين على تقديم الرعاية له. فالمُسِنّ يشعر أنه شخص آخر بغض النظر عن حقيقة قدراته الحالية. ويشعر أنه مختلف عن الآخرين، ويشعر بالتقليل من شأنه. ويمكن أن يحدث الوصم في مكان العمل والمنزل والمستشفى ودار العبادة وربما المجتمع كله، مما يفتح الباب للتمييز في الرعاية وتقديم الخدمات والحصول على المزايا، مثل إعطاء الأولوية في دخول الرعاية المركزة للأصغر سناً، بدعوى أنه الذي سيستفيد من المجهود ومن الإنفاق عليه.

وقد تسبب الوصمة ربط المُسِنّين بتصرفات نمطية محددة وتثبيت هذه التصرفات، وتعميم التعامل بناءً عليها، وهي تصرفات كثيراً ما تكون سلبية. وتكمن المشكلة في الوصمة في صعوبة رفعها بعد القول بها، مثل وصم شخص بالإصابة بخرف الشيخوخة، الذي يؤدي بمجرد وصم شخص بها إلى عدة توقعات وأحكان نمطية وأحكام مسبقة لكل أفعال وكلام وسلوكيات المُسِنّ، بغض النظر عن حالته الصحية والعقلية ووظائفه. وتسبب الوصمة ارتباك الموصوم من حيث مفاهيمه واعتقاداته ومشاعره وتقديره لذاته ورغبته في الاحتكاك الاجتماعي ورغبته في العلاج والرعاية وخياراته في الحياة.

ودور فريق رعاية المُسِنّين هام في مكافحة الوصمات المرتبطة بالمُسِنّين والتوعية بمشاكلها ومعالجتها على المدى الطويل إذا حدثت وعلاج أثرها عليهم.

تقلص الشبكة الاجتماعية والعودة لنهر الحياة:

الشبكة الاجتماعية Social network هي مركب اجتماعي نظري يتكون من مجموعة من الوحدات يمثلها أشخاص أو منظمات، ومجموعة من الروابط بينها. ويوفر تحليل الشبكة الاجتماعية طريقة لفهم التفاعل الاجتماعي للمُسِنّين، وفهم أنماط رعايتهم، وديناميكيات الرعاية، والقائمين على تقديم الرعاية المؤثرين فيها بمختلف أنواعهم، والتخطيط الصحيح للرعاية، واستغلال نقاط القوة، وتقوية نقاط الضعف فيها. ويعتبر التقاعد من أكبر العوارض التي تصيب الشبكة الاجتماعية، إذ قد يؤدي إلى اختلال مكافحة الأمراض، وربما حدوث انعزال أو شبه انعزال للمُسِنّ.

وتعتبر الشبكة الاجتماعية أو رأس المال الاجتماعي Social capital، من أهم رؤوس الأموال التي يتمتع بها المُسِنّون في العالم العربي، إذ يساهم في سد فجوات كثيرة في رعاية المُسِنّين من حيث ضعف رؤوس الأموال المادية والبشرية والمؤسساتية. كما أن له دور مهم في دعم استقلالية المُسِنّ ودعم الرعاية المجتمعية مثل الرعاية المنزلية.

ويتمثل دور القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين في استكشاف الشبكة الاجتماعية للمُسِنّ في التقييم الأولي والتقييمات الدورية، والوقاية من ما قد يصيبها عند التقاعد، واكتشاف أي عوارض فيها، وعلاجها مبكراً، وتحسين خطط العلاج والرعاية تبعاً لنقاط القوة في الشبكات الاجتماعية. وفي حالة إصابة الشبكة الاجتماعية بالتقلص وحدوث انعزال للمُسِنّ عن مجرى الحياة في المجتمع يجب الحرص على إعادة إدماجه في المجتمع وإلى مجرى نهر الحياة Streamlining بكل السبل والوسائل المتاحة. ويعتبر مقياس لوبن Luben للشبكة الاجتماعية أحد طرق تقييم رأس المال الاجتماعي السهلة التطبيق، وينصح باستخدامه في رعاية المُسِنّين.

تعليم المُسِنّين وجامعات العمر الثالث:

لممارسة المُسِنّين النشاط في التعلُّم العديد من الفوائد، مثل الاندماج في المجتمع، وتشجيع النشاط البدني، ومكافحة الانعزال، ومكافحة وصمة الشيخوخة، وتحسين مكافحة الأمراض، وتأخير أو منع التدهور في الاستقلالية والأنشطة اليومية. وقد بدأت معظم دول العالم المتقدم في إنشاء برامج تعليمية للمُسِنّين، وأطلقت عليها برامج "جامعات العمر الثالث" University of third age أو U3A[1]، باعتبار أن العمر الأول هو زمن التعليم والعمر الثاني هو زمن العمل والعمر الثالث هو زمن التقاعد. كما تم إنشاء جامعة افتراضية على صفحات الإنترنت للعمر الثالث عام 2009 للمساهمة في الوصول لجميع المناطق في كل الأوقات. ويدير متطوعون جامعات العمر الثالث، وتتلقى الدعم من المشاركين بها أو تقدم خدماتها مجاناً. وتتعدد البرامج التي يتم تدريسها فيها، وتشمل التاريخ والاقتصاد والثقافة الصحية واللياقة البدنية وتكنولوجيا المعلومات والآداب واللغات والفنون والعلوم والفلسفة والعلوم الاجتماعية والنفسية. يتمثل دَور القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين بتشجيع تبنّي برامج التعليم المفتوح وجامعات العمر الثالث والتعريف بها.

قوة العمالة الفضية والعمود الرابع:

لا يتوقف المُسِنّون عن العمل في العديد من دول العالم المتقدمة بعد تقاعدهم ووصولهم سن المعاش. وبالتالي يشكلون جزءاً من قوة العمل في أي دولة، فيعملون غالباً في القطاع الخاص. وقد تم تسمية هذه القوة "قوة العمالة الفضية" Silver workforce. وقد أجرت مؤسسات ومنظمات البحوث دراسات مستفيضة على هذه القوة وأسباب استمرارها في العمل وآليات عملها، ففي بعض الدول مثل اليابان مثلاً، يستمر الأطباء طوعياً في العمل بعد سن التقاعد بعشر سنوات. كما تم



[1] (شعار مؤسسة جامعات العمر الثالث – صورة مفتوحة المصدر من موقع ويكيبيديا

https://en.wikipedia.org/wiki/File:Logo_of_the_University_of_the_Third_Age.png

إطلاق برامج بحثية متخصصة فيها تحت اسم "دراسات العمود الرابع" Fourth pillar study وذلك على اعتبار أن المعاشات ومآل المُسِنّين بعد التقاعد تعتمد على ثلاثة "أعمدة"، العمود الأول هو المعاش الإجباري الذي تعطيه الدولة لكل المُسِنّين، والعمود الثاني هو المعاش التكميلي حسب اشتراك المُسِنّ في برامج المعاشات المهنية التكميلية الأخرى، والعمود الثالث هو المدخرات والأصول الشخصية. وتزداد ظاهرة قوة العمل الفضية والعمود الرابع في كل دول العالم بسبب ظاهرة التَّشَيُّخ التي أصابت كل الدول.

ويتمثل دَور القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين بالتوعية بهذه الظاهرة، والترحيب بها، لتحسين الأوضاع المالية للمُسِنّين، وحفظ استقلاليتهم، وتشجيع ممارستهم للنشاط البدني وللنشاط الاجتماعي، وغير ذلك من المزايا.

بدو المستشفيات الرماديين ووضعية الباب الدوار:

يطلق على المُسِنّين في بعض الدول، مثل فرنسا ودول المغرب العربي، لفظ "بدو المستشفيات الرماديين" Grey Hospital Nomads أوles nomades de l'hôpital بسبب كثرة تنقلهم بين دور الرعاية نتيجة عدم اكتمال سلسلة رعاية المُسِنّين، ونقص حلقات سلسلة الرعاية المتصلة التي تدعم الرعاية المجتمعية والمؤسسية للمُسِنّين، "فيرتحلون" من عيادة لأخرى، ومن قسم لآخر، ومن مستشفى لآخر، بسبب عدم تلبية احتياجاتهم في أي منها، وبالتالي تتعدد وتتقارب فترات الدخول للمستشفى. وقد يضطر المُسِنّ للخروج من مستشفى ليدخل مستشفى آخر، أو يعود بعد يوم أو يومين إلى دخوله إليه مرةً أخرى، وتسمى هذه الحالة وضعية الباب الدوار Revolving door status. وتحدث بسبب الخروج المبكر للحالات أو بسبب عدم تنفيذ الرعاية الانتقالية باحتراف. وعلاج هذه الظاهرة هو توفير الرعاية الانتقالية الحقيقية. ويتمثل دَور فريق القائمين على تقديم الرعاية بالتأكد من استكمال سلسلة الرعاية وتقديم خدمة الرعاية الانتقالية.

المشاكل العلاجية المنشأ:

المشاكل العلاجية المنشأ Iatrogenesis هي المشاكل التي تحدث بسبب العلاج الطبي. وبعضها واضح، مثل حدوث تورم القدمين تلو المعالجة ببعض الأدوية الخافضة لضغط الدم، وبعضها الآخر يكون غامض المنشأ مثل التداخلات الدوائية. إذ أن المشاكل العلاجية المنشأ تشمل الأعراض الجانبية للأدوية والتداخل الدوائي والإهمال والخطأ الطبي والعوارض التي تحدث بالصدفة المحضة والقلق والعلاج الغير الضروري والذي يعطى بهدف الربح. ولكن بعض المشاكل العلاجية المنشأ غير ضارة دائماً، مثلاً حدوث ندبة بعد التئام الجرح لعملية جراحية ضرورية. ويمكن لأي فرد من أفراد الفريق العلاجي، بما فيهم الطبيب والممرضات والصيدلي أن يسبب حدوث المشاكل العلاجية المنشأ.

وتحدث المشاكل العلاجية المنشأ في حوالي ثلث المُسِنّين عند إدخالهم المستشفى. وتشمل المبالغة في إجراء الفحوصات، ووصف أدوية متعددة، والعدوى المكتسبة من المستشفيات والمؤسسات. كما تشمل بعض المتلازمات المشهورة في المُسِنّين، مثل الهذيان والسقوط وقرحات الانضغاط وملازمة الفراش.

ويجب على القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين توعية المُسِنّين والقائمين على رعايتهم بالمشاكل العلاجية المنشأ وتوضيحها لهم لإزالة أي قلق أو خوف من العلاج، ويمكن الاستفادة من برنامج منظمة الصحة العالمي لرعاية المُسِنّين في المستشفيات Hospital elderly life program (HELP) للتقليل من أثر المشاكل العلاجية المنشأ.

تأثير الأجداد:

تأثير الأجداد Grandparent effect هو أحد النظريات الاجتماعية التي تشير أن وجود الأجداد في المجتمعات البشرية له أثر إيجابي مهم على تشيُّخ المجتمعات. إذ كثيراً ما يقوم الجد بدور الراعي البديل للأحفاد، بتربية الجيل الثالث بعد تربية الجيل الثاني. وأثبتت الدراسات أن تربية الأجداد للأحفاد توفر لهم فرصة أفضل للوقاية من الإصابات أكثر من غيرهم من القائمين على تقديم الرعاية الآخرين، بل وأكثر من الآباء والأمهات.

فالجَدّان، وخاصة الجَدّات، يوفران للأحفاد القدرة على المساعدة الطويلة المدى لدعم الأجيال الجديدة. وأصحاب النظرية يدعمونها بحقيقة أن الكائنات الأخرى من غير البشر التي لا يوجد فيها أثر الجدود يكون عندها محدودية في التعمر. ويجب على القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين توصيل هذه المعلومة لهم لدعم تقديرهم لذاتهم. كما ثبت علمياً واعتماداً على تحليل ثلاث دراسات إنجليزية أن تأثير الجد يمتد إلى الأحفاد من حيث مقدار الحراك الاجتماعي الإيجابي أو السلبي.

إهمال الذات والأعراض الجسمية النفسية والتظاهرات الجسمية:

إهمال ذات Self neglect هي حالة سلوكية تصيب بعض المُسِنّين وتؤدي إلى إهمالهم لاحتياجاتهم الأساسية مثل الأناقة في ملابسهم والنظافة في أكلهم والانتظام في تناول أدويتهم. وقد يسبب الإهمال الشديد للذات الوفاة. وقد ينتج إهمال الذات من أمراض ألزهايمر أو من جلطات المخ أو بعض المشاكل العقلية، وهو ما يسمى بالإهمال السلبي أو غير المقصود للذات، وقد يحدث إهمال الذات بسبب قلة الحوافز أو بسبب ضغوط الحياة، وهناك أيضاً إهمال الذات المقصود، أو إهمال الذات الإيجابي المقصود، وفيه يهمل المُسِنّ ذاته باختياره وبقصده. ويجب على القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين الانتباه لإهمال الذات والوقاية منها والتعامل معها بحسم.

المشاكل الجسمية النفسية Somatoform disorders هي مجموعة من المشاكل تتميز بظهور أعراض جسمية تحاكي وجود أمراض عضوية، وهذه الأعراض لا يوجد ما يفسرها من أمراض عضوية أو أمراض عقلية أخرى مثل القلق. ويجب التفريق بين المشاكل الجسمية النفسية وبين التمارض أو التظاهر بالمرض Malingering التي يكون فيها تضخيم وصناعة لأعراض مرضية بسبب ثانوي، والاضطرابات المفتعلة Factitious disorders التي يَتَعَمّد الشخص إنتاج أو تزوير أو تضخيم أعراض لمحاكاة مرض ما.

التظاهرات الجسمية Somatisation هو الميل لإظهار المشاكل النفسية مثل القلق على شكل أعراض جسمية، وذلك بهدف جذب الانتباه الطبي. وهي ظاهرة تتميز بتكرار الشكوى من أعراض جسمية، وتكون الأعراض على الأغلب حديثة ومتعددة ومُضَخَّمة، مثل الألم أو أعراض الأمراض العصبية أو أمراض الجهاز الهضمي. ويعاني المصابون بها من القلق وزيادة رد الفعل للأعراض العادية.

يجب الانتباه أن التظاهرات الجسمية قد ترافق وجود مرض حقيقي، وفي هذه الحالة تظهر بسبب زيادة وطأة المرض على المُسِنّ، وتسبب المزيد من المعاناة للمُسِنّين وللقائمين على رعايتهم. ويتمثل دَور القائمين على تقديم الرعاية الصحية بالانتباه لوجودها، والتعامل معها لتخفيف المعاناة عن المُسِنّين وعن رعاتهم. وأفضل طريقة لعلاجها هي العلاج السلوكي المعرفي.

أعوام الحياة الخالية من الإعاقة ومأمول العمر المُتَوَقَّع:

من المصطلحات التي يتم استخدامها بكثرة في العلوم الديموغرافية طول العمر Longivity ويقصد به محاولات إطالة عمر مجموعة من السكان، ومأمول العمر المُتَوَقَّع Life expectancy ويقصد به المتوسط الإحصائي لعدد السنين المتبقية في الحياة في سن محدد. ومأمول العمر المُتَوَقَّع عند الولادة قد يستخدم كأحد مؤشرات التنمية بين الدول المختلفة. أما سنوات العمر المُصَحَّحة باحتساب مُدَد العجز أو الإعاقة Disability-adjusted life years (DALY) فهو مقياس أكثر واقعية للعمر، لأنه يأخذ في الحسبان الأعوام المفقودة في المرض والإعاقة والوفيات المبكرة. وهو مقياس حديث تبنته منظمة الصحة العالمية لحساب عبء الأمراض والخدمات في القطاع الصحي. ويتم حسابه بجمع سنوات العمر المفقودة المحتملة مع سنوات الحياة مع الإعاقة. وسنوات العمر المفقودة المحتملة Years of potential life lost (YPLL) أو سنوات العمر المفقودة Years of lost life (YLL) هي متوسط تقديري للعمر الذي كان متوقعاً للشخص أن يعيشه إذا لم يمت مبكراً. وهذا المتوسط لا يأخذ في اعتباره تأثير الإعاقة على العمر. أما سنوات العمر مع الإعاقة Years lived with disability (YLD) فهي السنوات التي عاشها الشخص بعد حدوث الإعاقة. لذا فإن سنة واحدة من سنوات العمر المُصَحَّحة باحتساب مُدَد العجز أو الإعاقة تساوي سنة مفقودة من سنوات العمر بصحة Healthy life year. وتعطينا فكرة جيدة عن عبء المرض أو الأمراض على المُسِنّين. ويوجد مقياس آخر لعبء الأمراض disease burden هو سنوات العمر المُصَحَّحة باحتساب جودة الحياة Quality-adjusted life-

year وهي تشمل عدد سنوات العمر وجودتها. وهي تستخدم بكثرة لتقييم الإنفاق الصحي على تدخل علاجي معين، وقد تكون نتيجتها سلبية.

مراجع استرشادية عامة:

- Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al., 12th Edition. New York: The American Geriatrics Society; 2010.
- Fundamentals of Geriatric Medicine: A Case-Based Approach Helen Fernandez, Christine K. Cassel, Rosanne Leipzig, Rainier P. Soriano (Editor) Springer; 1st edition (2007)

مراجع استرشادية لكل جزء:

- التوجيهات المستقبلية والوكيل الصحي

- Docker, C. Advance Directives/Living Wills in: McLean S.A.M., "Contemporary Issues in Law, Medicine and Ethics," Dartmouth 1996

- قبول أو رفض الرعاية الصحية والرعاية غير المجدية أو العقيمة

- Albar MA (2007): Seeking remedy, abstaining from therapy and resuscitation: an Islamic perspective. Saudi J Kidney Dis Transplantation; 18 (4) : 629-637
- Khatcheressian, J; Harrington, SB; et (July 2008). "'Futile Care': What to Do When Your Patient Insists on Chemotherapy That Likely Won’t Help". Oncology 22(8)

- التأمين طويل المدى

- Pritchard JE (2002) : The genetics of Alzheimer disease, modeling disability & adverse selection in Long term care insurance market. Heriot-Watt university, 2002

- الوصمة

- Erving Goffman (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall. ISBN 0-671-62244-7. وBrenda Major, Laurie T. O'Brien (2005), "The Social Psychology of Stigma", Annual Review of Psychology 56 (1): 393–421

- الشبكة الاجتماعية

- Freeman, Linton C. (2004). The Development of Social Network Analysis: A Study in the Sociology of Science. Empirical Press. ISBN 1-59457-714-5.

- جامعات العمر الثالث

- Midwinter, E (2004) "500 Beacons: The U3A Story" publisher Third Age Press UK Midwinter,E (2014) "500 Beacons: The U3A Story" for KINDLE. publisher Thirt Age Press UK

- قوة العمالة الفضية والعمود الرابع

- Dellar J, Liedtke PM & Maxin LM (2009): Old-age security and Silver Workers: An empirical investigation identifies challenges for companies, insurers, and society. Geneva papersonriskand insurance, 34, 137-157
- The Four Pillars, Geneva Association Information Newsletter, The Four Pillars, Geneva Association Information Newsletter, The Geneva Association

- بدو المستشفيات الرماديين ووضعية الباب الدوار

- Paquet, Michel ; LAMORTHE C ; DAVER C (2002): la personne âgée, trait d'union entre sanitaire et social (dossier) Décideurs en Gérontologie. 2002/05; (46) : pp. 20-38
- Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009

- المشاكل العلاجية المنشأ

- Kouyanou, K; Pither, CE; Wessely, S (1997). "Iatrogenic factors and chronic pain". Psychosomatic Medicine 59 (6): 597–604. PMID 9407578

- تأثير الأجداد

- Bishai D, et al. (2008): Risk Factors for Unintentional Injuries in Children: Are Grandparents Protective? Pediatrics November 2008; 122:5 e980-e987
- Lachmann PJ. (2011): The grandmother effect Gerontology. 2011;57(4):375-7. doi: 10.1159/000324242. Epub 2011 Mar 29
- Chana TK & Boliverb V (2013): The Grandparents Effect in Social Mobility: Evidence from British Birth Cohort Studies American Sociological Review August 2013 vol. 78 no. 4 662-678

- إهمال الذات والأعراض الجسمية النفسية والتظاهرات الجسمية

- Gibbons, S., Lauder, W. (2006) Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis, International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Jan-Mar, 17, 1
- Lipowski ZJ (1988). "Somatization: the concept and its clinical application". Am J Psychiatry 145 (11): 1358–68.
- Bornstein, Robert F; Gold, Stephanie H (2008). "Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review". Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 30 (2): 154–161
- Frances A (2013). "The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill". BMJ 346: f1580

- أعوام الحياة الخالية من الإعاقة ومأمول العمر المُتَوَقَّع

- "Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States: Persons, all ages". World Health Organization. 2002. Retrieved 2009-11-12
- Prieto, Luis; Sacristán, José A (2003). "Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs)". Health and Quality of Life Outcomes 1: 80

الفصل (5-8) التأهيل للتقاعد

الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة

بنهاية هذا الفصل يستطيع المتدرب أن:

- يتعرّف على أهم المشكلات المترتبة على التقاعد.
- يتعرّف على العوامل المؤثرة في نجاح عملية التقاعد.
- يدرك أهمية التأهيل للتقاعد.
- يعرف ملامح عامة عن برامج التأهيل للتقاعد .
- يصحح بعض المفاهيم الخاطئة .

إن الإعداد للتقاعد والعمل بعد التقاعد من أهم أسباب نجاح عملية التقاعد التي لها مردود على الشيخوخة المُفْعَمة بالصحة والنشاط.

تعريف التقاعد

هو توقف الفرد عن أداء وظيفته لبلوغه السن القانوني، ويستمر في الحصول على راتب شهري في صورة معاش، والوظيفة الأساسية للتقاعد هو توفير فرص عمل للفئات الأصغر سناً، لذلك فإن سن التقاعد يرتبط بفرص العمل ونسبة البطالة في كل دولة. ويعتبر التقاعد أكبر حدث في حياة المُسِنّ، إذ ينشأ عنه تغيير نفسي واجتماعي واقتصادي في حياة المُسِنّ وأسرته.

مفاهيم خاطئة:

1. **الهدف من نظام التقاعد هو أن يستريح المُسِنّ بعد مدة عمل طويلة، يصبح بعدها المُسِنّ غير قادر على العمل،** وهذا غير صحيح، إذ يهدف نظام التقاعد بصفة رئيسية إلى توفير فرص العمل للفئات الأصغر سناً، وهو معني بالتوقف عن أداء مهامه الوظيفية، ولكن ليس معناه التوقف عن العمل، حيث يمكن للمتقاعد العمل والاستفادة من خبراته في مجالات متعددة تحقق له الدخل، ويفيد الأسرة والمجتمع، خاصة مع ازدياد مأمول الحياة وانتشار فكرة الشيخوخة المُفْعَمة بالصحة والنشاط، فالعمل يساعد على تحسين جودة حياة المُسِنّ.

2. **التقاعد له أثر سلبي على جودة حياة المُسِنّ وأسرته،** وهذا غير صحيح، إذ يمكن أن يكون للتقاعد مردود سلبي أو إيجابي، فالوضع يختلف من شخص لآخر.

المشكلات التي تنتج عن عملية التقاعد:

- الاكتئاب.
- العزلة الاجتماعية.
- اضطراب العلاقات الأسرية.
- مشكلات اقتصادية.

العوامل التي تؤثر في نجاح عملية التقاعد

- الإعداد للتقاعد.
- الحالة الصحية.
- الحالة الاقتصادية.

- الدعم الأسري.
- المعتقدات الاجتماعية في البيئة المحيطة.

كيفية تأهيل المُسِنّ للتقاعد:

فكرة التأهيل للتقاعد فكرة حديثة نسبياً في معظم المجتمعات، ولتحقيق الفائدة المرجوة منها يجب أن ترتبط بطبيعة المجتمع واحتياجاته، ومن طرق تحقيقها:

- نشر كتيبات توعية.
- نشر مواد إعلامية.
- بث محاضرات عامة وعرض نماذج النجاح.
- نظم التأمين الخاصة.
- برنامج متكامل لتحقيق شبكات المعلومات وخدمات واستشارات للمتقاعدين.
- فتح مواقع إلكترونية ومواقع للتواصل الاجتماعي.

عوامل نجاح التأهيل للتقاعد:

- ان تكون فكرة التأهيل للتقاعد نابعة من دراسة لاحتياجات المجتمع وظروفه.
- أن تحقق فكرة التأهيل للتقاعد رغبات المتقاعدين.
- أن تقوم فكرة التأهيل للتقاعد على دراسات لتجارب واقتراحات سابقة المتقاعدين.

حالة للمناقشة: الحالة 5 - 8

مراجع استرشادية:

- **Thuku PW. Influence of Retirement Preparation on Happiness in Retirement: a case of Nyeri County, Kenya.** *International Journal of Education and Research. Vol. 1 No. 3 March 2013*
- **http://www.usatoday.com/story/money/personalfinance/2013/10/22/preparing-mentally-retirement/2885187/**
- **http://www.rsa al.gov/index.php/members/trs/planning-for-retirement//**

الفصل (5-9) حشد الموارد والتنسيق

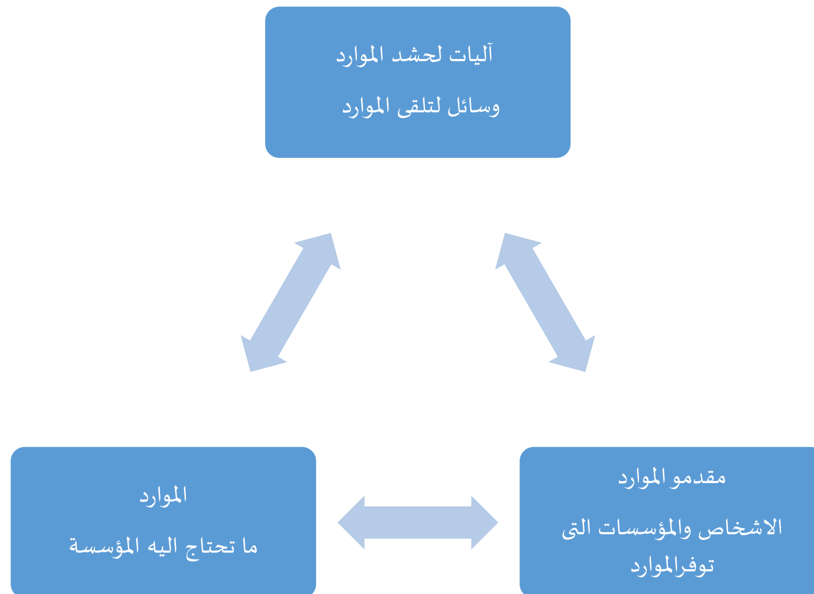
الدكتور فهمي بهجت يوسف

بنهاية هذا الفصل سوف يستطيع المتدرب أن:

- يتعرف على أهمية التنسيق بين الجهات المعنية لتحقيق الرعاية المثالية للمُسِنّين.
- يكتسب رؤية جديده تتيح له التفكير بدوره كعضو في آلية متكاملة وفي فريق متعاضد لحشد الموارد وفتح أفق التواصل مع المصادر المحلية لها.
- يتعرّف على مبادرات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالمُسِنّين، وتفعيلها بإقليم شرق المتوسط كتطبيق عملي على حشد الموارد والتنسيق بين مختلف الجهات.

تعريف حشد الموارد

حشد الموارد عملية تبدأ بتحديد الموارد الضرورية لوضع وتنفيذ ومتابعة الأعمال لتحقيق أهداف المؤسسة، ثم توسيع العلاقات مع مقدمي الموارد وأصحاب المهارات وذوي المعرفة والقدرات، بهدف تحقيق الاستغلال الأفضل للموارد. ولا يقتصر حشد الموارد على الاستخدام الفعال للتمويل، ولكنه يتسع ليشمل عملية تحقيق أهداف المؤسسة من خلال حشد المعرفة البشرية والمهارات والمعدات والخدمات وغيرها. كما لا يقتصر مفهوم حشد الموارد على البحث عن مصادر جديدة للموارد بل يتسع ليشمل الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.



مُكَوِّنات حشد الموارد

أنواع الموارد:

الدعم المالي، والمساعدة الفنية أو التقنية، والمعدات، والخدمات المجانية، والموارد البشرية.

القائمون على حشد الموارد:

يقوم المسؤولون عن المؤسسة بقيادة وتوجيه عملية حشد الموارد، وفي كثير من الأحيان تختار المؤسسة أحد أفرادها ليكون مُنَسِّقاً لحشد الموارد. ويحتاج المُنَسِّق أو القائد للتواصل مع فريقه الداخلي ومع مقدمي الموارد لنجاح العملية.

الأطراف التي تقدِّم الموارد

الوكالات الحكومية، والسفارات الحكومية، ومؤسسات الخدمة المجتمعية غير الحكومية، ودور العبادة والجمعيات المتفرعة عنها، وجمعيات التنمية المحلية الوطنية أو الدولية، وصناديق التمويل الوطنية، والمؤسسات الخاصة، والمؤسسات الأكاديمية، ووكالات الأمم المتحدة.

حشد الموارد لصالح الرعاية الصحية الأولية:

يجب ان يبنى اتخاذ قرارات توزيع الموارد داخل منظومة الرعاية الصحية الأولية على أساس تلبية الاحتياجات، لا على أساس العمر الزمني، ويجب مراعاة أن كثيراً ما يُنْظَر إلى إمكانية التحسن بين المُسِنّين بأقل من قدرها الحقيقي. ويجب ألا تُتَّخذ احتياجات زمرة من السكان ذريعة لحرمان زمرة أخرى من الخدمات التي يحتاجون إليها، ويجب وضع خطط لصالح السكان من المُسِنّين واعتبارها جزءاً من منهج شامل في صياغة السياسات والبرامج، وينبغي وجود دعم متبادل بين القطاعات المختلفة لتحقيق الأهداف الصحية للمُسِنّين، ويجب الاهتمام بعوامل السكن والبيئة والنقل والتنمية الريفية والرعاية الاجتماعية ودور المنظمات غير الحكومية، وأن تؤخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة بالأقليات وبالمهاجرين في البلدان أثناء وضع خطط برامج المُسِنّين واحتياجاتهم الثقافية، ومراعاة عدم التمييز، والحرص على إيجاد تنسيق دقيق بين خدمات الرعاية الاجتماعية والخدمات الصحية. كما يجب مراعاة عامل الاستمرارية بابتكار وسائل تساعد على استدامة الموارد المتحصلة والحرص على الاعتماد على الوضع الاقتصادي كعامل هام للصحة.

حشد الموارد للمُسِنّين على المستوى الوطني

- ينبغي توسيع أنظمة الضمان الاجتماعي لتشمل شرائح أوسع من السكان، مع وجود هدف أسمى هو ضمان شمول جميع المُسِنّين.
- ينبغي أن يُمْنَح المُسِنّون أنفسهم وأسرهم حين الاقتضاء عدداً من الامتيازات في مجالات السكن وشراء المواد الغذائية والنقل والخدمات الطبية والصيدلانية.
- ينبغي دعم المشاريع التي تزيد دخل المُسِنّين وأسرهم من أجل تحقيق درجة من الاكتفاء الذاتي لهم.
- ينبغي تنويع التوازن بين الإعانات النقدية كالمعاشات والإعانات المخصصة لأغراض محددة، وتشجيع توفير الخدمات.
- ينبغي إيجاد مزايا تقاعدية أكثر مرونة، وفرص عمل تسمح بالتقاعد في أعمار مختلقة.

مثال 1:

يحرص القائمون على الرعاية الصحية الأولية في مدينة السويداء بالجمهورية العربية السورية على التنسيق بشكل دائم مع جمعية رعاية المُسِنّين المحلية التي توفر متطوعين للزيارات المنزلية للمُسِنّين ولسد احتياجات الفئات الاكثر احتياجاً.

مثال 2:

قام الفريق المنسق للمبادرة المراعية للسن في مدينة دير عطية بالجمهورية العربية السورية بتقديم خدمات مخفضة أو مجانية للمُسِنّين بالتنسيق مع مختبرات وصيدليات ومحال تجارية.

تمرين 1:

في مركز الرعاية الصحية الذي تعمل به:

1) ما هو تعريف الموارد بالنسبة للمركز، وما هي أنواعها.

2) ما هي الموارد المستخدمة فعلياً، وما هي الموارد الغير مستخدمة.

3) أجب على الأسئلة في الجدول التالي:

- من هو المسؤول عن حشد الموارد حالياً؟
- ما الذي نحتاجه من موارد إضافية؟
- كيف يمكن حشد الموارد الإضافية اللازمة؟
- ما هي الأطراف التي يمكنها المشاركة في حشد الموارد؟

مثال 3:

في عام 2008 بادر القائمون على مبادرة مدينة عمّان المراعية للسن بالتواصل مع الجهات المعنية بالمواصلات لتخصيص حافلات بمعايير محددة ملائمة للمُسِنّين، وبتدريب العاملين بأمانة عمان الكبرى، وهو مجلس المدينة المحلي، على مهارات التواصل مع الجمهور من المُسِنّين، وبالتواصل مع مراكز الرعاية الصحية الأولية لموائمتها لاحتياجات المُسِنّين.

في إعلان ألما- آتا، عرّفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية بأنها "الرعاية الصحية الأساسية التي تُتاح على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها، وبمشاركتهم الكاملة، وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها. وتلك الرعاية جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ هي تمثّل نواة ذلك النظام، ومن مجمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المحلي". وفي عام 1981 حدد المنظمة الأهداف المرحلية، ومنها التنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالرعاية داخل وخارج النظام الصحي، ومشاركة المجتمع.

تعريف الصحة:

عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة من الكمال الجسدي والنفسي والعافية الاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

المُكَوِّنات الأساسية للمدينة المراعية للسِّنّ:

النقل، والإسكان، والأبنية والمساحات الخارجية، والمشاركة في الحياة المدنية، والتوظيف، والمشاركة المجتمعية، والاحترام والاندماج الاجتماعي، والاتصالات والمعلومات، والدعم المجتمعي والخدمات الصحية.

من هذا المنطلق يتضح أن عملية التنسيق لتقديم الخدمات للمُسِنّين لا تقتصر فقط على التنسيق مع القائمين على تقديم الخدمات الصحية الثانوية والثالثية لتسهيل عملية الإحالة، بل تشمل الرعاية الخاصة بالمُسِنّين، والإشراف على المبادرات الخاصة بهم، وعلى نطاق واسع من عمليات التنسيق مع جهات خارج مجال العمل الصحي.

تمرين 2:

قم بالاطلاع على القائمة التفقدية الخاصة بالمدن المراعية للسن،

قم مع مجموعتك بإعداد قائمة بالجهات التي يجب التنسيق معها لتفعيل المحاور الواردة بالقائمة الخاصة بالخدمات الصحية والاجتماعية.

مراجع استرشادية:

- Resource Mobilization – A practical guide for research and community based organizations – Venture for Fund Raising – Canada International Development research Center , October 2010
- Strategy for Active and Healthy Ageing and older People Care 2006 -2015 , WHO EMRO 2006
- Global Age Friendly Cities – A guide , WHO 2007
- Resource Mobilization, World Bank Small Grants Program , The world Bank 2007
- Developing and Implementing a resource mobilization strategy Data for Decision makers , USAID-Harvard university , September 1996

الفصل (5-10) تطبيقات عملية

الحالة (1)

سيدة تبلغ من العمر 75 عاماً، وتقيم بمفردها، وتعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري. عانت في الفترة الأخيرة من سلس بول، واضطراب النوم، جاءت بصحبة ابنها الذي يقيم في منزل بعيد عنها إلى مركز الرعاية الصحية الأولية تلتمس المشورة الطبية، وذكر ابنها أنها في الفترة الأخيرة احترق الطعام أثناء طبخها له عدة مرات.

ما هو دور القائم على تقديم الرعاية الأولية مع هذه الحالة؟

متى سيحولها إلى مستوى رعاية أعلى؟

هل ينصح المريضة بالبقاء بالمنزل وحدها أم الانتقال للإقامة مع ابنها؟

أولاً: يجب إجراء تقييم صحي شامل للسيدة، والتأكد من النقاط التالية :

1- هل مستوى ضغط الدم لدى المريضة مقبول؟ وهل تتناول الأدوية بانتظام؟ وهل الأدوية التي تتناولها مناسبة لها أم لا؟ **ويجب ملاحظة أن المريض الذي يعاني من سلس البول يجب ألا يأخذ مدرات البول لعلاج ارتفاع ضغط الدم.**

2- هل المريضة تعاني من أعراض السكري؟ وهل الأدوية التي تتناولها لعلاجه مناسبة؟ وهل لديها أعراض تشير إلى وجود مضاعفات للسكري، مثل قصور الدورة الدموية الطرفية والتهاب الأعصاب. **ويمكن قياس سكر الدم مبدئياً باستخدام جهاز منزلي شخصي.**

3- بالنسبة لسلس البول: يجب تحليل المشكلة بالكامل لمعرفة نوع سلس البول وهل هو حاد ام مزمن، وهل تصاحبه أعراض عدوى في مجرى البول.

4- بالنسبة لاضطراب النوم: يجب الإجابة على الأسئلة التالية: هل المريضة معتادة على النوم لفترات متقطعة أثناء الظهيرة، وهل تنام أثناء مشاهدة التلفزيون، هل تجد صعوبة في بداية النوم، أم أنها تصحو مبكراً في الصباح، أم أنها تنام نوماً متقطعاً بسبب دخول الحمام في فترات متكررة. **ويمكن أن يكون سبب اضطراب هو الاكتئاب، ويساعد مقياس الاكتئاب المصغر في التأكد من هذا.**

5- بالنسبة لمشكلة احتراق الطعام عنما تطبخ عدة مرات، يجب معرفة ما إذا كانت المرات كثيرة العدد، وعدد مرات حدوثها أسبوعياً، ويساعد اختبار الحالة العقلية المختصر في تقييم القدرات المعرفية للمريضة واستبعاد الخَرَف أو التأكد من وجوده.

ثانياً: وضع قائمة بالمشكلات التي تعاني منها المريضة بعد استكمال التقييم الشامل بجميع مراحله.

1- ارتفاع ضغط الدم ودرجة التحكم به.
2- السكرى ودرجة التحكم به والمضاعفات المصاحبة.
3- سلس البول ونوعه وسببه.
4- الاكتئاب.
5- الخَرَف ونوعه ودرجته.
6- المشاكل الاجتماعية وتقييمها.
7- المشكلات التي لم تذكرها المريضة أو ابنها ولكنها اكتشفت بالتقييم الشامل.

ثالثاً: مراجعة علاج الضغط والسكري والتأكد من العادات الغذائية وعادات النوم للمريضة لتقديم النصح بالعادات السليمة.

- معالجة مشكلة سلس البول.
- مراجعة اختصاصي في حالة وجود خرف مرضي أو عدم استجابة السكري أو ارتفاع الضغط أو سلس البول للعلاج أو وجود اكتئاب شديد.
- نصح المريضة بوسائل تعزيز الصحة العامة والخاصة بالسكري وبارتفاع ضغط الدم، مثل العادات الغذائية والرياضة والقياسات الدورية وخاصة للهيموجلوبين السكري وألبومين البول والدهون بالمصل وكشف قاع العين والعناية بالقدم.
- نصح المريضة بالبقاء بالمنزل إذا كانت قدراتها الوظيفية والعقلية في المعدل المقبول، وإلا يجب اتخاذ الإجراءات المناسبة للانتقال للإقامة مع ابنها.

حالة (2)

مُسِنّ يبلغ من العمر 68 عاماً، شُخِّصت إصابته بالسكري حديثاً، مع أنه كان يشكو من أعراض المرض مثل كثرة مرات التبول وجفاف الفم وزيادة الشهية ونقص الوزن منذ سنتين، كما أنه يعاني من السمنة. وقد أشار المريض إلى محاولاته المتعددة لفقدان الوزن الزائد والتي كانت دائماً تبوء بالفشل، ويعزو هذا الفشل لعاداته الغذائية السيئة، والتي يكثر فيها من تناول الكربوهيدرات مثل (الرز والخبز والحلويات، وعدم ممارسته لأي نوع من الأنشطة أو الرياضة، كما أنه لم يطلب أي مساعدة من الاختصاصيين لفقدان الوزن، ولم يهتم بطلب المشورة للسكري فور تشخيصه، لعدم إدراكه أهمية ذلك. وقد أتى المريض إلى عيادة الرعاية الصحية الأولية مع زوجته ليسمع الإجابات على الأسئلة التالية:

- هل لديه إحدى مضاعفات السكري التي سمع عنها بعد تشخيص إصابته به؟
- هل يحتاج إلى العلاج بالأنسولين؟
- هل يحتاج لإجراء المزيد من الفحوصات؟
- هل يحتاج لتعاطي المزيد من الأدوية؟
- ماذا يأكل؟
- كيف يستطيع فقدان الوزن الزائد؟

وكانت نتائج الفحص الأولي للمريض:

1. منسب كتلة الجسم 30.5 كيلو غرام/متر مربع
2. السكر بعد الصيام 172 و165 ميلي غرام/100 ميلي لتر في قياسَيْن منفصلين.
3. قياس ضغط الدم 95/160 و90/145 ميلي متر زئبق في قياسَيْن منفصلين.
4. لديه ضعف في الإحساس بالألم في القدمين ويمتد إلى منتصف الساق.
5. بقية الفحص السريري (الإكلينيكي) للجهاز الدوراني والتنفسي والهضمي والعصبي طبيعي.

كيف يستطيع القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية إجابة المريض على أسئلته وإرشاده إلى الأمور الهامة التي لم يسأل عنها أيضاً.

أولاً: يشير التاريخ المرضي والفحص السريري (الإكلينيكي) لهذا المُسِنّ إلى الآتي:

- **أنه مصاب بالسكري الغير منضبط** فنتائج قياسَيْن منفصلين للسكر بعد الصيام مع وجود مضاعفات التهاب الأعصاب الطرفية.

- **أنه يعاني من السمنة** فمؤشر كتلة الجسم مرتفع.
- **أنه يعاني من ارتفاع ضغط الدم** فقياس ضغط الدم مرتفع في مرتين منفصلتين.
- **أنه يعاني من التهاب الأعصاب الطرفية** لضعف الإحساس بالألم في القدمين إلى منتصف الساق.

ثانياً: يبدو غياب الوعي الصحي لدى المريض وعدم ملاءمة نمط حياته لأوضاعه الصحية من خلال:

- عدم ممارسة الأنشطة.
- عدم اللجوء إلى المتخصصين لفقدان الوزن.
- عدم الاهتمام بأعراض السكري وعدم الوعي بها وعدم اللجوء لاستشارة طبية متخصصة مبكراً.
- تناول أغذية فيها نسبة كبيرة من الكربوهيدرات يتعارض مع الحالة الصحية له كمريض بالسكر وبزيادة الوزن.

ثالثاً: الخطوات التالية للقائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للإجابة على أسئلة المريض:

يجب إجراء المزيد من الفحوصات للتعرف على حالة أجهزة الجسم الأخرى في ظل وجود السكري وارتفاع ضغط الدم والسمنة، مثل:

- وظائف الكلية بالكشف عن تأثير ومضاعفات السكري.
- تحليل للبول مع الكشف عن وجود الألبومين وهو مؤشر لتأثر الكلية بالسكري.
- قياس الدهون في الدم.
- قياس الهيموغلوبين السكري لمعرفة مدى ضبط السكر في الدم، وتحديد العلاج بالأقراص أو بالأنسولين.
- وظائف الكبد لكشف تأثير بعض أدوية السكر عليه.
- فحص قاع العين للكشف عن وجود مضاعفات للسكري في الشبكية.

أشارت نتائج المريض للآتي:

- ارتفاع الدهون بالدم.
- وجود الألبومين بالبول لبدء تأثر الكلية بمضاعفات السكري.
- ارتفاع نسبة الهيموغلوبين السكرى (8.1%).
- وجود تغيرات في قاع العين تشير إلى بداية مضاعفات السكري في الشبكية.
- بقية التحاليل والفحوصات طبيعية.

لذا فنحن أمام مُسِنّ يعاني من:

- سكري غير منضبط مع مضاعفاته بالكلية وبقاع العين وبالأعصاب الطرفية.
- ارتفاع ضغط الدم غير منضبط.
- ارتفاع الدهون بالدم.
- السمنة.
- عدم ممارسة الأنشطة أو الرياضة وقلة الوعى الصحي.

المناقشة:

يجب على القائم على تقديم الرعاية الأولية وضع الأهداف لكل مرحلة من مراحل الخطة العلاجية، وإطلاع المريض عليها، لتحفيزه على تحقيقها، وذلك عن طريق إطلاعه على قياس السكر والضغط المثالي الذي يجب تحقيقه، والوزن الذي يجب أن يفقده في فترة زمنية معينة، وعدد الدقائق التي يجب أن يمشيها يومياً في كل مرحلة.

وفي البدء، يجب على القائم على تقديم الرعاية الأولية ترتيب المشاكل الصحية للمُسِنّ وفقا لأولوياتها وهي:

1. السكرى ومضاعفاته.
2. ارتفاع ضغط الدم وهو يعادل السكري في الأهمية.
3. السمنة.
4. عدم ممارسة الأنشطة.
5. غياب الوعي الصحي.

مناقشة كل مشكلة على حدة وكيفية التصرف حيالها:

السكري

1- يجب تحديد العلاج الطبي للسكري، وحيث إن الهيموغلوبين السكري للمريض (8.1%) فهو لا يحتاج للأنسولين، ويمكن البدء بالأقراص المخفضة للسكر، من النوع الذي يساعد على فقدان الوزن، فالعلاج الأمثل هو الميتفورمين.

2- يجب متابعة مستوى السكر مع بدء العلاج، ويمكن ذلك بتدريب المريض على استخدام الجهاز المنزلي الشخصي لمتابعة السكر وتسجيل النتائج حيث يمكن زيادة جرعة الدواء مستقبلاً.

3- يجب إحالة المريض لاختصاصي التغذية لوضع البرنامج الغذائي الملائم لمراعاة الإصابة بارتفاع ضغط الدم والسكري وزيادة الدهون بالدم مع الرغبة في إنقاص الوزن.

4- يجب إحالة المريض لطبيب العيون لمتابعة مضاعفات الشبكية.

5- يجب إحالة المريض لاختصاصي القدم وأمراضه وذلك لإرشاد المريض لكيفية رعاية القدم وفحصها يومياً وتقليم الأظافر واختيار الحذاء المناسب والعلامات المنذرة للقدم السكرية مثل تغير اللون أو ظهور قرحات فيها.

6- تكرار الفحوص الطبية كل فترة للاطمئنان على ضبط السكر بالدم وعلى وظائف الكلية.

ارتفاع ضغط الدم

1- اختيار العلاج الدوائي المناسب للقياسات السابقة، والملائم للإصابة بالسكري، وغير المؤثر على وظائف الكلية، وأنسب الأدوية للبدء بها في العلاج هو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE inhibitors .

2- يجب التأكيد على قياس الضغط بانتظام وتسجيله في كل مرة.

3- إرشاد المريض إلى أن الضغط الأمثل في حالته يساوي أو يقل عن 80/130 ميلي متر زئبق.

ارتفاع الدهون بالدم:

1- يجب البدء بالأدوية الخافضة للدهون، مع إرشاد المريض لمتابعة وظائف الكبد بانتظام، لأنها قد تتأثر بتلك الأدوية.

2- يمكن البدء بإعطاء المريض أسبرين 150 ميلي غرام/يوميا للوقاية من أمراض الشرايين التاجية خصوصاً مع وجود ارتفاع الضغط وارتفاع الدهون بالدم.

3- اتباع نمط غذائي قليل الدهون بمشورة اختصاصي التغذية.

السمنة وعدم ممارسة الأنشطة:

1- يجب تقييم حالة القلب قبل البدء بممارسة الرياضة، وذلك لوجود تاريخ مرضى بارتفاع ضغط الدم غير منضبط.

2- يمكن نصح المريض بممارسة المشي لمدة تتراوح بين 15 إلى 20 دقيقة يومياً، مع العمل على زيادتها تدريجياً وصولا للنشاط المثالي وهو المشي 30 دقيقة يومياً بسرعة 4 ميل/الساعة أكثر من خمسة أيام أسبوعياً.

3- إمكانية ممارسة أنواع أخرى من الرياضة مثل رياضات القوة.

التوعية الصحية:

1. يجب إرشاد المريض لجميع النشرات والكتب المبسطة التي يستطيع أن يتعرف منها على طبيعة مرضه وأنماط الحياة الصحية المناسبة لهذا المرض.
2. يجب أن يجتمع الطبيب وباقي أفراد الفريق المعنيين برعاية هذا المُسِنّ به وبزوجته معاً، وإرشادهما لجميع التعليمات التي يجب اتباعها، وشرحها وتبسيطها لهما، مع إعطائهما فكرة عن المرض ومضاعفاته، وإتاحة وقت كافٍ لهما لطرح الأسئلة وللمناقشة.
3. يقع عبء الإشراف على الطعام الذي يتناوله المريض على الزوجة لذا يجب أن يخصص لها اختصاصي التغذية جزءاً من وقته لإرشادها وللإجابة على استفساراتها.

يجب ألا ينسى القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية إجراء الفحص الشامل للمريض المُسِنّ، وتسجيله على فترات، وذلك للكشف عن:

1. الحالة العقلية والمعرفية.
2. الحالة النفسية والمزاجية.
3. الحالة الوظيفية.
4. مخاطر السقوط المتكرر.

وذلك لاحتمال تأثرهم بشدة بالمرض بمرور الوقت.

الحالة (3)

مُسِنّ يبلغ من العمر 80 عاماً، يعيش بمفرده في القرية، اتصل بحفيده لإبلاغه أنه لاحظ أنه يعاني من ضعف في الذاكرة. لم يهتم الحفيد باستشارة الطبيب، بل طمأن الجد على أن ضعف الذاكرة تطور طبيعي للتقدم في العمر. وبعد مرور عام، اتصل الجد بحفيده مرة أخرى ليشكو من السقوط المتكرر، فعرضه الحفيد على القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية الذي أشار إلى عدم وجود سبب جسدي أو حسي واضح للسقوط، وأوصى بمتابعة المريض، وبالحدّ من حركته لتجنب السقوط ومضاعفاته. بعد ستة أشهر اتصل الجيران بالحفيد وأبلغوه أنهم وجدوا الجد ملقى على الأرض ولا يستطيع النهوض، والاستشارة المبدئية أكدت وجود كسر في عظمة الفخذ، كما أشار اختصاصي العظام عدم جدوى التدخل الجراحي لسوء الحالة الصحية العامة ووجود تَخَلْخُل العظام. اضطر الحفيد لنقل الجد للإقامة معه، وكان يعاني في ذلك الوقت من قرحات الفراش وجلطة وريدية بالساق، وضلالات، كما أنه أحجم عن تناول الطعام.

ماهي أوجه القصور في رعاية هذا المُسِنّ وتقييم حالته؟ وكيف كان يمكن للقائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية أن يتدخل في كل مرحلة لمنع تلك المضاعفات؟

المناقشة:

أوجه القصور في رعاية هذا المُسِنّ

عدم اهتمام الحفيد كفرد من أفراد الأسرة بشكوى جده المُسِنّ واعتبارها جزء لا يتجزأ من الشيخوخة. وهذا مفهوم خاطئ، لأن أي شكوى مرضية من المُسِنّ يجب أخذها على محمل الجدّ، وطلب الاستشارة الطبية وعدم الركون إلى أعراض الشيخوخة. فانتهى الأمر بالجد إلى المعاناة من كسر عظم الفخذ، وفقد القدرة على الحركة، وعدم إمكانية التدخل الجراحي،

وقرحات الفراش، وجلطة وريدية بالساق، مع احتمال تعرضه لجلطات بالرئة، والهذيان، ورفض الطعام، بسبب أوجه القصور التالية:

1. اهتمام القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية بالأسباب الجسدية والحسية فقط للسقوط المتكرر، مثل مشاكل المفاصل أو ضعف الإبصار، وتجاهل أو عدم العلم بالأسباب الأخرى المتعلقة بالمُسِنّين مثل الخَرَف.
2. لم يلجأ القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية إلى الاستشارة الطبية المتخصصة للتعرف على أسباب السقوط المتكرر عندما فشل في التعرف عليها.
3. نصح القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية المُسِنّ بتحديد حركته لتجنب السقوط، وهو من خطأ فادح قد يقع فيه الأطباء تجاه المُسِنّ، فيجب دائما نصح المُسِنّ بالحركة الآمنة وبمعاونة الأجهزة إن استدعى الأمر، ومعالجة أسباب السقوط إن أمكن، ويجب عدم تحديد حركته، لأن تحديد الحركة هو الخطوة الأولى في طريق المضاعفات، مثل قرحات الفراش وجلطات الأوردة في الساق، وتَخَلْخُل العظام، وفقد الاستقلالية، والهذيان وغيرها من الأمراض التي قد تصيب من يلازم الفراش.
4. لم ينصح القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية المُسِنّ بكيفية معيشته بعد تعرضه للسقوط المتكرر، ونصحه بتحديد الحركة، ولم يتطرق لحاجته لوجود من يساعده أو لأدوات تساعده في الحركة مثل الكرسي المتحرك.
5. ترك الحفيد جده يقيم بمفرده، رغم علمه بتعرضه للسقوط المتكرر، وبتحديد حركته، ولم يهتم بمعرفة كيفية تدبير الجد لأمور معيشته اليومية.

كيف كان يمكن للحفيد وللقائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية تجنب تلك المضاعفات لدى المُسِنّ؟

- كان يجب على الحفيد اللجوء للاستشارة الطبية عندما شكا الجد من ضعف الذاكرة، فالتشخيص المبكر للخَرَف قد يقي من السقوط المتكرر.
- كان يجب على طبيب الرعاية الصحية الأولية إجراء الفحص الشامل للمُسِنّ، حيث كان بالإمكان الكشف المبكر عن الخرف ومعرفة سبب السقوط المتكرر.
- كان يجب على طبيب الرعاية الصحية الأولية نصح المريض بالحركة الآمنة وإرشاده للحصول على المساعدة في تحقيق ذلك.
- كان يجب على طبيب الرعاية الصحية الأولية الاهتمام بكيفية معيشة الجد، وهل هو في حاجة إلى من يقدم له الرعاية، أم في حاجة إلى الانتقال لدار رعاية.

قصص نجاح

قصة نجاح 1:

السيد هاني عمره 41 سنة، يعمل فنياً بأحد المصانع، ويواصل دراسته الجامعية، تطوع للعمل بإحدى المؤسسات الخيرية، وبدأ برعاية المُسِنّين المقعدين، وشعر بصعوبة بالغة في التعامل مع المُسِنّين الملازمين للفراش ملازمة تامة. أتاحت له الظروف التواصل مع إحدى المؤسسات الأكاديمية التي تمنح تدريباً لأصحاب المؤهلات المتوسطة وما فوقها في مجال رعاية المُسِنّين، فتلقى دورات في مبادىء رعاية المُسِنّين، ومبادىء رعاية مرضى ألزهايمر، وبدأ يدرك البعد العلمي والنفسي والإنساني لعمله التطوعي في رعاية المُسِنّين الملازمين للفراش. وبدأ يعمل في إحدى دور المُسِنّين، وحدث تغيير جذري في حياته حينما بدأ يفكر بأن يجعل ذلك عملاً مهنياً له، لعدة أسباب:

- الشعور بالعطاء وتقدير الذات.
- الشعور بالتميز.
- إدراك قلة أعداد العاملين المدربين في خدمة المُسِنّين في المجتمع.

فبمرور الوقت، تغيرت نظرة هاني للمهنة، حيث أضاف التدريب والممارسة أبعاداً جديدة لنظرته لمهنة خدمة المُسِنّين في المجتمع:

- إدراك مدى أهمية الخصوصية للمُسِنّ مهما كانت حالته الصحية.
- التعاطف مع المُسِنّين المرضى ومع ذويهم.
- الصبر.

قرر هاني أن يستمر في تلقي الدورات التدريبية، وذلك لإحساسه بأهمية ذلك، كما أنها أصبحت دراسة ممتعة بالنسبة له فحصل على:

- دورة في التمريض.
- دورة في البرمجة العصبية اللغوية.
- دورة في أساسيات التعامل مع المُسِنّين.

ويقول هاني أن دخله في البداية لم يكن ثابتاً بحيث يمكن الاعتماد عليه، ولكنه الآن زاد عن الدخل الأصلي، مما دفعه إلى أن يقرر تغيير مهنته نهائياً، واستكمال مسيرته لرعاية المُسِنّين المقعدين، وهو يتمنى تعميم التجربة، ونشر التوعية بهذه الفكرة، لأنها لا تقتصر على خدمة قطاع المُسِنّين فقط، إنما تخدم أيضا قطاع الشباب الذين يعانون من البطالة أيضاً، ويتمنى أن تصبح يوماً ما مهنة جليس المُسِنّ مهنة تخضع لنظام مستقر ولها متطلباتها ومواصفاتها.

قصة نجاح 2

عادل قبطان بحري، عمره 68 سنة. اعتاد ممارسة الرياضة بصورة منتظمة، فكان يمارس السباحة ورفع الأثقال. بدأ عادل يعاني من متاعب في الفقرات القطنية، وفي الفقرات الرقبية، حتى توقف عن ممارسة الرياضة منذ حوالى 10 أعوام، زار خلالها العديد من الأطباء من تخصصات مختلفة في الأمراض العصبية وجراحة الأعصاب، والروماتيزم والتأهيل وعلاج الألم، وكان يشعر بضعف في طرفه الأيسر، فتوقف عن ممارسه الرياضة وباقي الأنشطة المعتادة له، وانتابه الخوف الشديد من أن تؤدى ممارسته للنشاط وللرياضة إلى سوء حالته. جرب عادل وسائل العلاج المختلفة مثل المسكنات وأساليب العلاج الطبيعي بأنواعها، وقرر العودة إلى السباحة، ولكنه توقف عن رفع الأثقال. وبملاحظته وتقييمه الطبي بعد العودة إلى السباحة لاحظ:

- أصبحت السباحة عادة له، ولا يمكن أن يطغى عمله عليها، لأن لها تأثيراً مباشراً على صحته.

- أصبح عادل يمارس تدريبات يومية في الماء صيفاً وشتاءً.
- ازدادت علاقاته الاجتماعية.
- زاد شعوره بالذات وقدرته على التحكم.

ساعدت السباحة وتدريبات الماء عادل على التخلص من الآلام.

وأخيراً ساعدته السباحة في اكتشاف أعراض قصور الشرايين التاجية مبكراً وتوجهه إلى علاجها بغرس الدعامات، ومازال يمارس السباحة إلى الآن ويعيش حياة جيدة ومستقلة.

قصة نجاح 3

سمير مريض يعاني من السكري، قصور الشرايين التاجية، وقصور الشرايين المحيطية (الطرفية)، والتهاب الأعصاب المحيطية (الطرفية)، وسكتة دماغية قديمة، والعدوى بالفيروس الكبدي C، وتليف الكبد، وكان يتردد على عدد من التخصصات الطبية لمتابعة حالته الصحية، منها اختصاصي السكري والغدد، واختصاصي أمراض القلب، واختصاصي الأمراض العصبية، واختصاصي الأوعية الدموية، واختصاصي أمراض الكبد. وكان سمير يتبع الوصفات الطبية التي تتضمن: جابابنتين 400 ميلي غرام قرص ثلاث مرات يومياً، وحمض ثيوسيتك 600 ميلي غرام قرص ثلاث مرات يومياً، وفيتامين B مركب 3 أقراص يومياً، وأسبرين قرص بعد الغداء، وغليسريل ترينيترات 2.5 ميلي غرام كبسولة مرتين يومياً، وفيرابامبل هيدروكلوريد 240 ميلي غرام اس ار قرص يومياً، وأتورفاستاتين 20 ميلي غرام قرص يومياً، وأنسولين جلارجين 10 وحدات يومياً قبل النوم، وأنسولين ميكستارد 50 وحدة تحت الجلد قبل الإفطار، و40 وحدة تحت الجلد قبل الغداء، وأولميسارتان ميدودوكسوميل 20 ميلي غرام قرص واحد يومياً، وبروبانولول 10ميلي غرام قرص واحد يومياً، وكالبيدوغريل 75 ميلي غرام قرص واحد يومياً، وكابتوبريل/هيدروكلوروزايد 50 ميلي غرام قرص واحد يومياً، وفورسيميد/سبيرينولاكتون 100 ميلي غرام قرص صباحاً، وكالسيوم دي ثري اف قرص واحد يومياً، وبانتروبرازول 40 ميلي غرام قرص مرتين يومياً، ولاكتولوز شراب ملعقة كبيرة ثلاث مرات يومياً، وسكرالفيت1 غرام قرص كل 6 ساعات.

خرج حديثا من المستشفى بعد تعافيه من غيبوبة كبدية، وزار اختصاصياً في طب المُسِنّين لتقييمه والعمل على حل مشكلة تناوله لأدوية متعددة، فأوصى بما يلي:

1- التقييم الشامل للمريض بواسطة فريق رعاية المُسِنّين.
2- مناقشة أفراد الفريق والأطباء من التخصصات الأخرى الأهداف المرجوة من العلاج وأولويات الخطة العلاجية.
3- وضع خطة علاجية وخطة للمتابعة.
4- تقليص عدد الأدوية دون الإخلال بالأهداف مع تدعيم دور العلاج الغير الدوائي بواسطة أفراد الفريق، ومنهم اختصاصي التغذية واختصاصي العلاج الطبيعي والاختصاصي بالعلاج الوظيفي، فتم تقليص عدد الأدوية إلى النصف وفقاً للخطة الموضوعة، مع المتابعة والتنسيق مع التخصصات الأخرى، فتحسنت جودة الحياة والحالة الصحية العامة للمريض وتوفير الموارد.

قصة نجاح 4:

رابطة رواد الهوكي المصرية



في هذه الصورة 20 عضواً من أعضاء رابطة رواد الهوكي في مصر، وعددهم الكلي يقارب الأربعين، وأغلبهم فوق سن الستين، وقليل منهم تحت الخمسين وفوق السبعين، وهم يمثلون نموذجاً للشيخوخة المفعمة بالصحة والنشاط. ومازالوا حتى الآن يمارسون الرياضة بانتظام أسبوعياً منذ بدأوا ممارستها في سن المراهقة. فالرياضة تمثل لهم جانباً مهماً من حياتهم، حيث يحضرون للرياضة وحدهم ومنهم من يقود سيارة ومنهم من يستخدم المواصلات العامة، ومنهم من يأتي من خارج القاهرة، لأنهم يتمتعون بالاستقلالية. كما تمثل الرياضة لهم وسيلة لاستمرار التفاعل الاجتماعي والحفاظ على الروابط بينهم.

وقد ساهمت ممارسة رياضة الهوكي في احتفاظهم باللياقة البدنية العالية والأداء الوظيفي المعتدل. رغم ما يعانون من أمراض، فأحدهم لديه قصور في الشرايين التاجية، وعمل عملية جراحية على تلك الشرايين، وآخر منهم يعاني من تنكُّس في فقرات الظهر بشدة، وثالث منهم يعاني من تنكُّس مفاصل الركبة الشديد، ورابع كان لديه يوم التقاط الصورة كسر في أحد ذراعيه، ولكنه أصر على الاستمرار في اللعب معهم على الرغم من وضع أحد ذراعيه في الجبس.

فممارسة رياضة الهوكي تمثل لهم الأمل وتحقيق الذات، حيث ينتظر بعضهم لقاءهم الأسبوعي للعب مع زملائه بشغف، وكلهم ينتظرون الدورة العالمية السنوية لرواد الهوكي للسفر واللعب مع نظرائهم من منتخبات رواد الهوكي في العالم، فهناك تسع دول بها منتخبات لرواد الهوكي، ويسعون لتأسيس الاتحاد الدولي لرواد الهوكي، فحارس مرمى منتخب إسكتلندا عمره 85 عام ويتمتع بمرونة غير عادية، وقد حصل منتخب مصر فوق الستين عاماً على المركز الثالث في إحدى الدورات.

حالات للمناقشة

تتضمن هذه الوحدة حالات مستوحاة من مشكلات واقعية يمكن أن يصادفها القائمون على تقديم الرعاية الصحية للمُسِنّين، وقد عُرِضَ تحليل مختصر لمعظمها، وتركنا للمتدرب عددا من الحالات ليتشجع على تحليلها بالاستفادة من أسلوب التعليم الذاتي بالتوجيه. ويهدف هذا الفصل إلى تثبيت المبادىء العامة لتقديم الرعاية، وعرض نماذج عملية لتقوية المهارات الذهنية للمتدرِّب، بعد دراسته للمواضيع المختلفة.

حالة للمناقشة 1-3

مُسِنّ يبلغ من العمر 78 سنة، يشكو من ضيق النفس عند صعود السلم إلى الدور الثاني، بعد أن كان معتادا على الصعود بدون تعب حتى الشهر الماضي. طلب نصيحة الطبيب فأكد له أن ضيق النفس بالنسبة لسِنِّه يعتبر طبيعياً. فمتى يمكن اعتبار هذه الأعراض طبيعية؟

التحليل:

يجب إجراء تقييم شامل للمُسِنّ، وتحليل المشكلة لاستبعاد حالات مرضية مثل فقر الدم (الأنيميا) وأمراض القلب واضطرابات وظائف الغدة الدرقية، وخاصة أن ضيق النفس بدأ حديثاً، وأن التغيرات الفيزيولوجية لا تسبب ضيق نفس أثناء القيام بالأنشطة المعتادة.

حالة للمناقشة 1-4

زميلان في العمل، عمر كل منهما 59 سنة، يعاني الأول من ارتفاع ضغط الدم والسكري، وهو غير معتاد على إجراء متابعات طبية مستمرة، ولا يقوم بأي استعدادات لحياته بعد التقاعد، ويعاني الثاني منهما من قصور بالدورة الدموية في الأطراف وضيق في الشرايين التاجية، وهو يحرص على إجراء فحوصات طبية مستمرة، ويمارس الرياضة بانتظام، واشترى مع مجموعة من أقاربه وأصدقائه مزرعة صغيرة ليعمل بالاشتراك معهم في زراعتها، كما يدرس مادة اللغة العربية التي يجيدها لبعض طلبة المرحلة الابتدائية.

1. كيف واجه الموظف الثاني التحديات التي كان يمكن أن تعوق تحقيق التشيخ الصحي المفعم بالنشاط؟
2. هل تمنع الحالة الصحية للموظف الأول من تحقيقه للتشيخ الصحي المفعم بالنشاط؟

التحليل:

1- هيأ الموظف الثاني ظروفه الاقتصادية والصحية والاجتماعية لتحقيق الاستقلالية وتقدير الذات والارتقاء بجودة حياته.

2- لا، لن تمنع الحالة الصحية للموظف الأول من تحقيقه للتشيخ الصحي المفعم بالنشاط لأن حالته الصحية يمكن التعامل معها ومتابعتها لضمان عدم حدوث مضاعفات، وكذلك يمكنه التخطيط لحياته الاجتماعية والاقتصادية بعد التقاعد واستغلال خبراته والفرص المتاحة له لذلك.

حالة المناقشة 1- 5

سيدة مُسِنّة تبلغ من العمر 75 عاماً، تعاني من ارتفاع ضغط الدم منذ عشرة سنوات، ولا تتناول الدواء بانتظام، بدأت تعاني من صداع في الأسابيع القليلة السابقة، فلجأت للمرة الأولى إلى القائم على تقديم الرعاية الأولية لقياس الضغط، فأجرى لها تقييماً صحياً شاملاً، ووجد الآتي:

1- المريضة تسكن وحدها وفي الدور الرابع بدون مصعد وليس لديها نظام تأمين صحي.

2- المريضة تعاني من قصر نظر وتستخدم نظارة طبية ولم تراجع طبيب العيون منذ 20 عاماً، وهي تعاني من عدم القدرة على متابعة التلفزيون بسهولة.

3- التاريخ المرضي للمريضة أفاد بأنها تعرضت لحادثة وقوع بسيطة، فأصيبت نتيجتها بكسر بالحوض منذ خمس سنوات، وهي منذ هذا الوقت تستخدم عكازاً، ولم تقم بقياس كثافة العظام أبداً.

4- بأخذ التاريخ المرضي المفصل للمريضة أفادت أنها تعاني من سلس بولي وخاصة مع السعال.

5- أظهر الفحص السريري (الإكلينيكي) أن ضغط الدم 90/150، وأظهر الفحص الكامل وجود ورم بالثدي.

6- كتنت نتيجة فحص الحالة العقلية المختصر 30/20، ولم يظهر في مقياس الاكتئاب وجود اكتئاب، بل أظهر أن المريضة مستقلة تماماً في أنشطة حياتها اليومية، باستثناء سلس البول.

المطلوب: حدِّد قائمة المشكلات الخاصة بالمريضة.

التحليل:

1- ورم في الثدي.
2- تَخَلْخُل العظام.
3- ارتفاع ضغط الدم.
4- قصور الوظائف المعرفية إلا أنه لم يؤثر حتى الآن على قدرتها على تأدية أنشطة حياتها اليومية.
5- صعوبة المشي إلا أنها لم تؤثر حتى الآن على قدرتها على تأدية أنشطة حياتها اليومية.
6- سلس بولي.
7- ضعف في الإبصار.
8- العيش بمفردها.

حالة للمناقشة 1-6

مُسِنّ يبلغ من العمر 75 عاماً يعاني من ارتفاع ضغط الدم وقصور الشرايين التاجية وضعف الإبصار. أتى إلى القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية مع ابنته نتيجة لوقوعه وإصابته بكدمات متعددة على الساقين. رفض المريض الإجابة على تساؤلات الطبيب. أما الابنة فقد أوضحت أن والدها يعيش وحيداً منذ وفاة زوجته منذ عام. ولكنها لاحظت نقصاً في وزنه في آخر 6 أشهر، كما أنه لم يعد يخرج من المنزل مطلقاً رغم أنه كان يقوم بشراء جميع احتياجاته يومياً فيما مضى. كيف تتعامل مع المريض؟ ومن هم أعضاء الفريق الذين يمكن الاستفادة منهم في التعامل مع المُسِنّ؟

التحليل:

المهمة الأساسية هي القيام بتقييم شامل للمُسِنّ، فمن خلال شكوى المريض يتم تحديد أفراد الفريق مثل الطبيب والاختصاصي النفسي والاختصاصي بالتغذية والاختصاصي بالتأهيل البدني والاختصاصي الاجتماعي.

- يتأكد الطبيب من أن ضغط الدم في المعدل الطبيعي، ويراجع الفحوص السابقة والعلاجات السابقة والحالية، ويتأكد من تصحيح عيوب الإبصار بالنظارة من خلال استعمال لوحة سنيلين Snellen's Chart ويستبعد الأسباب العضوية لفقدان الوزن ويقيّم السقوط.
- يقيّم الاختصاصي النفسي الحالة المعرفية ويتأكد من أن التغيُّر في الأداء الوظيفي ليس نتيجة خلل معرفي، ويقيِّم الحالة المزاجية ومدى تأثرها بوفاة الزوجة وبالحياة وحيداً، ويستبعد أن يكون الخوف من السقوط هو سبب انعزال المريض في منزله.
- يقيّم الاختصاصي الاجتماعي الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمُسِنّ ومن يقوم على رعايته وشبكة العلاقات الاجتماعية الحالية وكيفية تقويتها وإيجاد أنشطة تشجِّع المريض على المشاركة المجتمعية الإيجابية .
- يراجع الاختصاصي بالتغذية العادات الغذائية للمُسِنّ ويزوِّده بالنصائح الغذائية المناسبة له.
- يقيّم الاختصاصي بالتأهيل البدني الأداء الوظيفي مثل أنشطة الحياة اليومية (ADL, IADL) والتوازن باختبار الوقوف والتحرك. (timed up and go test)
- ويراجع المعالج الوظيفي السلامة البيئية للمنزل، ويعيد تأهيل البيئة مثل السلالم والحمام والمطبخ لزيادة الأداء الوظيفي والأمان.

نتيجة التقييم:

بنهاية عملية التقييم اتضح عدم وجود كسور جراء سقوط المريض، وأن مشكلة القلب وارتفاع الضغط منضبطة بالعلاج الدوائي، وأنه يعاني من الاكتئاب، وأن النظارة غير ملائمة لتصحيح عيوب الإبصار لديه، ولا يوجد سبب عضوي لنقص الوزن، وأن الأداء الوظيفي متأثر بمحدودية الحركة خوفاً من السقوط، وأن بيئة المنزل آمنة.

تحديد الموارد المتاحة ووضع خطة الرعاية :

1. إحالة المريض لطبيب العيون لتصحيح عيوب الإبصار.
2. اشتراك المريض بأحد نوادي المُسِنّين.
3. البدء بالمعالجة بمضادات الاكتئاب وتثقيف الابنة التي ترعاه بدورها في الدعم الاجتماعي للمُسِنّ.

المتابعة:

متابعة وزن المريض وتقييم حالة المزاج لديه والتأكد من قدرة الإبصار.

حالة المناقشة 1-7

رجل أرمل يبلغ من العمر 92 عاماً، تخرج من المستشفى بعد تعافيه من نزيف من المعدة. أثناء وجوده بالمستشفى تعرض للمضاعفات الآتية: الهذيان وفقد الإبصار بالعين اليمنى وسكتة دماغية بالفص الخلفي للمخ، واكتشف الأطباء وجود ضيق شديد بالشريان الأبهر (الأورطي) وقصور في الشرايين التاجية. بعد التعافي أصبح معتمداً على من يرعاه لصعوبة تأديته لأنشطة الحياة اليومية وصعوبة التوازن وقصور في الوظائف المعرفية.

عند مقابلة القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية طلب منه إحضار "حقيبة الأدوية" التي يستخدمها، وبمراجعتها وجد أنها تحتوي على:

- أدوية وصفها طبيب الأعصاب:

1. كبسولات الأحماض الدهنية الغير مشبعة.
2. فيتامين E
3. دواء مضاد للاكتئاب: ستيلازين.
4. دواء خافض لضغط الدم: بروبرانولول (مثبط للمستقبلات بيتا).
5. أسبرين الأطفال.
6. فيتامين B المركب.

- أدوية وصفها طبيب القلب والأوعية الدموية:

1. خافض للدهون: أتورفاستاتين.
2. دواء خافض لضغط الدم ومنظِّم لضربات القلب: ميتوبرولول (مثبط للمستقبلات بيتا).
3. دواء مقوي لعضلة القلب: ديجوكسين.
4. دواء مضاد للاكتئاب: إيميبرامين.
5. دواء مضاد لحموضة المعدة.
6. كبسولات زيت كبد الحوت.
7. مسكن للآلام: باراسيتامول.

- ولما شكا المُسِنّ من آلام في الظهر أعطاه الصيدلي، بدون وصفة طبية:

1. دواء مضاد للحموضة.
2. دواء مرخي للعضلات ومسكن (يحتوي على باراسيتامول ومركب أخر).

كيف يمكن مساعدة المريض في التقليل من تناول أدوية متعددة؟

التحليل:

1. تجنب كتابة أدوية للأعراض البسيطة (إسقاط الفيتامينات والمسكنات).
2. يُكتَب الدواء عند وجود دليل على فعاليته وحاجة قوية لاستخدامه (إسقاط مضادات الحموضة).
3. استخدام العلاج الغير الدوائي كلما أمكن كبديل للعلاج الدوائي (مثل العلاج الطبيعي لآلام الظهر بدلاً من الأدوية).
4. مراجعة الأدوية بصفة دورية من حيث أنواعها، والحاجة إليها، وفعاليتها، وجرعاتها، والتداخلات في ما بينها، والأعراض الجانبية لها، وانتظام تناولها، إذ من المتوقع عدم انتظام المُسِنّ على تناول كل هذه الأدوية.

5. التواصل مع المريض والقائمين على تقديم الرعاية له حول الأدوية التي يتناولها من حيث أسباب استخدامها، لتفادي تكرار وصف أدوية من نفس النوع مثل المسكنات ومثبطات المستقبلات بيتا لعلاج ضغط الدم، ولتوقع تأثيراتها ومعوقات استخدامها.
6. التواصل مع الاختصاصيين الآخرين عند تغيير الوصفة الطبية للمريض، وعدم كتابة أي وصفة طبية إلا بعد مراجعة الأدوية التي يتناولها المُسِنّ والوصفات الطبية للتخصصات الأخرى.
7. تبسيط الوصفات الطبية (مثل تلخيص كل الأدوية في ورقة واحدة).
8. التثقيف الصحي للمريض وأهله.

حالة المناقشة 1-8

سيدة تبلغ من العمر85 عاماً تعاني من مرحلة متقدمة من سرطان المبيض وسوف يتم إحالتها إلى العلاج التلطيفي، وقد كان ابنها قد طلب عدم إخبارها بحالتها الصحية خوفاً على حالتها النفسية.

ما هو التصرف الامثل؟

التحليل:

- بعد إجراء التقييم الشامل للمريضة يجب على الطبيب المعالج كسب ثقة الابن والتواصل معه ومع الأم لتوطيد العلاقة بينهما بحيث تتوطد الثقة.
- مناقشة مخاوف الابن وتصحيح المفاهيم الخاطئة.
- تحديد الأسلوب الأمثل لكيفية توصيل المعلومة بدقة ومصداقية والتعامل مع ردود الأفعال المتوقعة مع فريق العمل بناءً على التقييم الشامل للمريضة.

حالة للمناقشة 1-9

مُسِنّ عمره 80 عاماً، عنده قصور بسيط في الوظائف المعرفية، وتبدلات تنكسية في المفاصل، ويعيش مع زوجته التي عمرها 72 عاماً ويرعاها في منزلهما، وهي تعاني من السكر وارتفاع الضغط وقصور بسيط في الأداء الوظيفي، إذ تحتاج إلى المساعدة في دخول الحمام وارتداء الملابس،. تعرضت زوجته للسقوط أثناء محاولتها مساعدة زوجها في إعداد الطعام لإصابته بنزلة أنفلونزا حادة. تسبب السقوط في كسر عظم عنق الفخذ، وأدخلت على إثرها المستشفى وتم تغيير مفصل الفخذ لها وبدأت في التأهيل ما بعد العملية وتستعد للخروج.

ما هي إعدادات الرعاية التي كان من الممكن أن تمنع حدوث هذه الأزمة؟

إعدادات الرعاية التي كان من الممكن أن تمنع هذه الأزمة:

- الرعاية المنزلية.
- التقييم الشامل للمُسِنّ.
- تقييم الأمان البيئي.
- التأهيل الوظيفي والحركي.
- الرعاية بالاستراحة.
- الوجبات المنزلية.

حالة للمناقشة 1 - 10:

مريض مُسِنّ عمره 73 عاماً، يعاني من ارتفاع ضغط الدم، أصيب بشلل نصفي، وأصبح مقعداً. ثم أصيب بالتهاب في مجرى البول وارتفاع درجة الحرارة، وبتدهور بالوعي وبهياج، أعطي المضادات الحيوية، وبعد 3 أيام تحسن الالتهاب وانخفضت درجة الحرارة، إلا أن درجة الوعي ساءت. يعاني المريض من إمساك، وآخر تبرز كان منذ 5 أيام، كما تناقصت مرات التبول وكميته، ولجأ ابنه إلى الرعاية الأولية التماساً للمساعدة.

ما هو التصرف الأمثل؟

التحليل:

1. أخذ التاريخ المرضي وإجراء الفحص السريري (الإكلينيكي) والفحوصات المختبرية (المعملية)، وتحديد أسباب الذُّهان، وهو في هذه الحالة انحشار البراز والجفاف، واستبعاد إصابات الجهاز العصبي كسبب لتدهور الوعي.
2. تحديد مدى احتياج المريض لدخول المستشفى بقياس مدى اختلال الشوارد ووظائف الكلية.
3. تحديد وجود أي مضاعفات أخرى لانعدام الحركة مثل قرحات الانضغاط وجلطات الأوردة العميقة وضمور العضلات.
4. الاستعانة بالاختصاصي النفسي واختصاصي التأهيل البدني واختصاصي التغذية لتقديم الرعاية المتكاملة المطلوبة.
5. تأهيل المُسِنّ لاستعادة بعض القدرة على الحركة باستخدام وسائل مساعدة مثل العكاز إن أمكن أو مقعد متحرك.

حالة للمناقشة 2-1

سيدة تبلغ من العمر 70 عاماً، ذهبت إلى مركز الرعاية الصحية الأولية مع زوجها البالغ من العمر 75 عاماً، ويعاني من السكري ومن ارتفاع ضغط الدم للمتابعة، وعند قياس الضغط للزوجة كان 80/160 ميلي متر زئبق وللزوج 90/140 ميلي متر زئبق.

ما هو التصرف الامثل؟

التحليل

بعد عمل التقييم الشامل للمُسِنّين لهما يجب عمل الإجراءات التالية:

- بالنسبة للزوجة يتم تحديد جدول لمتابعة ضغط الدم قبل إعطائها العلاج الدوائي للتأكد من التشخيص مع وضع خطة لتعديل بعض الأنماط الغذائية.
- بالنسبة للزوج فيجب الوصول إلى أسباب عدم السيطرة على ضغط الدم، مع التركيز على:
    - مراجعة الأدوية ومدى انتظام المريض في العلاج.
    - تقييم وجود أسباب ثانوية مستحدثة مثل قصور وظائف الكلية.
    - مراجعة العادات الغذائية.
    - التثقيف الصحي للمريض.
    - وضع جدول للمتابعة على فترات متقاربة.

حالة المناقشة 2-2

حضر للعيادة بمركز الرعاية الصحية الأولية مُسِنّ عمره 90 عاماً يعاني من سقوط متكرر، وجرح في الوجه نتيجة آخر سقوط، وهو مريض سكري. ابنته حضرت معه وهي القائمة على رعايته، وقد لاحظت زيادة في ضيق النفس المعتاد لوالدها على مدار العامين الماضيين، مع أنه خَفَّض من كمية التدخين المعتادة (من 3 علب سجائر يومياً إلى علبة واحدة).

- كيف تتعامل مع هذه الحالة؟
- ماهي إجراءات العلاج والوقاية المفيدة في هذه الحالة؟

التحليل:

- للتعامل مع هذه الحالة يجب التأكد من عدم وجود أي خطورة على حياة المُسِنّ، مثل وجود ارتجاج أو نزيف بالمخ، ثم إجراء التقييم الشامل له، والتقييم لسقوطه المتكرر ولتوازنه ولجهازه الحركي. ومن المحتمل أن يكون السقوط المتكرر عرضاً غير نمطي للالتهاب الرئوي، حتى في غياب الحمى والسعال وطرح البلغم، ثم إجراء تقييم لسبب ضيق النفس باستبعاد أمراض القلب أولاً وخصوصاً جلطة القلب ثم أمراض الجهاز التنفسي لطول فترة التدخين.
- إجراءات العلاج والوقاية المفيدة:

بعد تشخيص الحالة يتم علاج المرض الحاد وهو الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية والأكسجين والسوائل والتغذية حسب شدة المرض. ثم يتم السيطرة على عوامل الخطورة مثل التدخين واحتمال تسببه في سدة رئوية مزمنة.

يجري التثقيف الصحي عن الإقلاع عن التدخين وأهمية التطعيمات، مثل تطعيم بكتريا الالتهاب الرئوي مرة كل 5 سنوات، وتطعيم فيروس الإنفلونزا مرة سنوياً قبل الشتاء، كما يتم عمل برنامج تأهيلي للتنفس لمحاولة تحسين وظائف التنفس.

حالة المناقشة 2-3

سيدة تبلغ من العمر 70 سنة، ووزنها 95 كيلو غرام وطولها 155 سنتي متر، راجعت الطبيب القائم على تقديم الرعاية الأولية لأنها تعاني من إمساك منذ الشهرين الأخيرين، وهي سكرية ولديها تنكس في المفاصل، وتسكن بالدور الرابع في بناية ليس بها مصعد، وتعيش بمفردها، ولا يوجد من يعاونها في أعمال المنزل.

ما هي العوامل التي تؤدي إلى حدوث الإمساك؟

ما هو دور الطبيب الذي يقدم الرعاية الأولية لهذه الحالة؟

التحليل:

بالنسبة للعوامل التي تسبب حدوث الإمساك في الحالة السابقة هي:

1- تقدم العمر مع كل التغيرات المصاحبة له.

2- عوامل خاصة بالبيئة المحيطة بالمُسِنّ.

فهي تسكن بالدور الرابع ولا يوجد مصعد مما يشكل صعوبة في الخروج من المنزل بصورة منتظمة

3- عوامل اجتماعية : تعيش بمفردها ومن المفترض أن تقوم بإعداد الطعام لنفسها مما يقلل الدافع لديها لطبخ وجبات متوازنة يومياً، ويمكن أن تكتفى بطعام بسيط الإعداد كما لا يوجد من يصحبها للخروج من المنزل للمشي.

4- عوامل نفسية: المريضة لديها عوامل عدة تساعد على حدوث أعراض الاكتئاب، فهي تعيش بمفردها، وتعاني من مشكلات صحية تؤثر على قدرتها على ممارسة أنشطة حياتها اليومية.

5- عوامل طبية: السكري وقلة الحركة وسوء التغذية.

دور الطبيب القائم على تقديم الرعاية في التعامل مع الحالة:

1- أخذ تاريخ مرضي مفصل من المريضة لتحليل الشكوى، والتأكد من ان المريضة تعاني إمساك غير مصاحب بمضاعفات.

2- إجراء تحليل للحالات الصحية المصاحبة مثل السكري وتنكس المفاصل، والتأكد من أن المريضة تتبع خططاً علاجية.

3- إجراء فحص سريري (إكلينيكي) كامل.

4- فحص الحالة العقلية والنفسية، والتأكد من عدم وجود خَرَف أو اكتئاب.

5- السؤال عن العادات الغذائية الخاصة بالمريضة.

6- يمكن البدء بالتثقيف الصحي من ناحية التغذية والرياضة التي يمكن ممارستها بالمنزل إن تعذّر الخروج، وإنقاص الوزن والتأكد من مستوى السكر بالدم.

7- التعامل مع المشكلات الجديدة إن وجدت، مثل مضاعفات السكري والاكتئاب ومشكلات الأسنان.

8- يمكن وصف ملينات.

9- من المهم وضع خطة متابعة مستمرة للتأكد من تحسن الحالة وعلاج الحالات المصاحبة للإمساك.

حالة للمناقشة 2-4

سيدة تبلغ من العمر 66 عاماً، تعاني من ارتفاع ضغط الدم والسمنة، كانت تشكو من آلام في الركبتين منذ أربع سنوات، وأصبحت الآن أكثر حدة. اعتادت تناول مضادات الالتهاب غير استيرويدية بجرعات كبيرة طوال الأربع سنوات السابقة لتتمكن من أداء أنشطتها اليومية بدون ألم، مما أدى إلى شكواها المتكررة من ألم بالمعدة. كيف يتم معالجة هذه السيدة مع العلم أنها الآن تعاني من زيادة الآلام في الركبتين، وعدم القدرة على أداء بعض أنشطتها اليومية، واعتمادها على الآخرين، ولا تستطيع تناول مضادات الالتهاب.

أولاً: يجب إجراء فحص طبي شامل وتحديد:

1. شد ة الإصابة في المفصل ومدى حرية الحركة فيه، وهل يوجد فيه تشوهات.
2. الصعوبات التي تواجهها السيدة في أداء أنشطتها اليومية، والتي جعلتها تتوقف عن أدائها.
3. شدة الألم والحركات والأوضاع التي تؤدي لحدوثه.
4. الحالة الغذائية والوزن.
5. الأدوية التي سبق تناولها والجرعات المعتادة، لمعرفة شدة الحالة والاستجابة العلاجية.
6. مدى انضباط ضغط الدم.

ثانيا: يجب إيقاف تناول مضادات الالتهاب غير استيرودية واستبدالها بأدوية أخرى بمساعدة الصيدلي.

ثالثاً: يجب الاهتمام بحالة المعدة:

1. طلب إجراء منظار للجهاز الهضمي العلوي للتأكد من عدم وجود قرحة بالمعدة، وهي من أخطر مضاعفات تناول مضادات الالتهاب غير استيرودية لفترات طويلة.
2. إضافة مثبطات ضخ البروتوناتProton Pump Inhibitor لحماية المعدة.

رابعا: النظر في سبل أخرى لعلاج المفاصل، مثل الحقن داخل المفصل أو التدخل الجراحي، واستشارة أطباء العظام في ذلك.

خامسا: طلب معاونة اختصاصيين في التغذية والروماتيزم والتأهيل والمعالج المهني لإقرار برنامج التغذية والرياضة.

حالة للمناقشة 2-5 -أ

مُسِنّ عمره 70 سنة، يعمل استاذاً جامعياً، ويعاني من ارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة الكوليسترول، ويتناول الأدوية اللازمة لعلاج الحالة بانتظام، ولكنه لا يواظب على قياس ضغط الدم ونسبة الدهون بالدم على فترات ثابتة. لاحظ أنه خلال الأشهر الأخيرة يستغرق وقتاً أطول في التحضير لمحاضرته الأسبوعية، كما أنه يشكو أحياناً من عدم التأكد من تناول الدواء في موعده. وهو متخوف من استشارة الطبيب لما يسمعه عن مرض ألزهايمر. كيف يقدم له طبيب الرعاية الصحية الأولية النصح؟

- هل يعاني من ألزهايمر بالفعل؟
- ماهي المؤشرات التي ستعتمد عليها لتقييم الموقف؟
- هل ستقوم بنصحه بالذهاب إلى اختصاصي ؟
- ما هي النصائح التي ستقدمها له؟

التحليل:

1- يجب تحليل الشكوى التي يعاني منها المُسِنّ، والتأكد أن الصعوبة في التركيز لا تؤثر على قدرته على استكمال المحاضرة في الوقت المناسب، وعلى إلقائها بطريقة مناسبة، وهنا نتأكد أن صعوبة التركيز لا تؤثر على أدائه، ونتأكد أن المرات التي ينسى فيها ما إذا كان تناول الدواء أم لم يتناوله لا تزيد عن مرتين أو ثلاثة في الشهر.

2- ينبغي إجراء فحص شامل للمُسِنّ، والتأكد من أن ضغط الدم في المعدل الطبيعي، والتأكد من أن درجة فحص الحالة العقلية المختصر في المعدل المقبول بالنسبة للسن ولدرجة التعليم.

3- نتأكد من عدم وجود أعراض أخرى مصاحبة سواء سلوكية أو نفسية أو مزاجية.

مؤشرات الإحالة إلى مستوى أعلى من الخدمات الطبية:

1- أن يصبح غير قادر على إنجاز المحاضرة.
2- أن تكون المرات التي ينسى فيها الدواء متكررة مما يؤثر على انتظام الضغط.
3- أن يحصل على درجة أقل من المتوقع في اختبار فحص الحالة الصحية المختصر.
4- بعد أن يتأكد الطبيب من أن المُسِنّ لا يعاني من خرف مرضي يجب أن يقوم بالآتي:

- طمأنة المُسِنّ.
- نصحه بعمل متابعة دورية على صحته وخاصة متابعة ضغط الدم ونسبة الكوليسترول بالدم وفحص الحالة العقلية المختصر.
- محاولة تحسين التركيز بتوفير جو هادىء للعمل، وعدم العمل في حالات الإرهاق، والتعود على التدوين أول بأول.

يمكن استعمال علب الأدوية المقسمة على أيام الأسبوع، ووضع الأقراص فيها كل أسبوع، وتناول الدواء يومياً من الجزء الخاص بذلك اليوم في العلبة.

حالة للمناقشة 2-5- ب

سيدة عمرها 66 عاماً، وتعاني من السكري وقصور الشريان التاجي، وأصيبت بسكتة دماغية منذ شهرين، ودخلت المستشفى للعلاج، ثم أحيلت إلى الطبيب القائم على تقديم الرعاية الأولية لاستكمال العلاج، وهي تسكن بالدور الرابع في بناية ليس بها مصعد، وتعيش مع ابنتها الغير متزوجة التي تعمل يومياً، وكان يعاونها في أعمال المنزل أسبوعياً زوجة حارس المنزل.

ما هو دور الطبيب الذي يقدم الرعاية الأولية لهذه الحالة؟

التحليل:

- إجراء التقييم الشامل للمُسِنّة، ويتضمن التاريخ المرضى والفحص السريري ومراجعة الفحوص والعلاجات السابقة والحالية.
- تقييم الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمُسِنّة ولابنتها التي تقدم لها الرعاية، ولشبكة العلاقات الاجتماعية.
- تقييم الحالة المعرفية والمزاجية والوظيفية والغذائية قبل الإصابة وبعدها ومتابعتها.
- مراجعة بيئة المعيشة والأمان البيئي ومحاولة إيجاد حلول وإعادة تأهيل البيئة مثل المسكن والحمام والمطبخ لزيادة الأداء الوظيفي والأمان.
- وضع تصور لاحتياجات الرعاية الحالية وما يمكن تغطيته بواسطة الابنة أو بواسطة مقدمين آخرين للرعاية للسيدة الأم.
- تقديم التدريب والمعلومات عن رعاية مرضى السكتة الدماغية للابنة وغيرها من القائمين على تقديم الرعاية للسيدة.
- وضع خطة للاستعانة بخدمات دعم مقدمي الرعاية، مثل الرعاية المنزلية أو الرعاية بالاستراحة، لسد ما تبقى من الاحتياجات للسيدة المُسِنّة.
- دعم القائمين على الرعاية والاكتشاف المبكر والتعامل مع استنفاد قواهم وإنهاك طاقاتهم وإجهادهم.
- دعم الابنة القائمة على رعاية أمها بخطاب رسمي يوجَّه إلى مكان عملها يقرر حالة والدتها الصحية واحتياجاتها لأنواع الرعاية ومحاولة إرشادها لجهات تقدم الدعم المادي للقائمين على الرعاية.
- السيطرة على كل عوامل الخطورة مثل السكري وربما زيادة الدهون بالدم.
- تقديم المعلومات عن أقرب مركز للتأهيل أو استكمال التأهيل في المنازل.
- التثقيف عن أي معلومات أو اعتقادات خاطئة عن مرض السكتة الدماغية.
- تقديم الاستشارات الصحية المنتظمة والطارئة.
- التخطيط للمستقبل بوضع تصور لتطور المرض والحاجات المحتملة للرعاية وظروف مقدمي الرعاية المستقبلية وكيفية التعامل مع ذلك.

يجب عدم نسيان تقديم برامج الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين للمريضة مثل التطعيمات والفحوصات الوقائية.

حالة للمناقشة 2-6

مُسِنّة تبلغ من العمر 68 عاماً، تعاني من ارتفاع ضغط الدم، تشكو من تنميل وألم بالقدمين، مع سقوط متكرر منذ شهرين.

- الفحص السريري (الإكلينيكي):
  - منسب كتلة الجسم 30
  - ضغط الدم 80/150
  - ضعف حاسة اللمس بالقدمين.
  - سكر الدم بعد الصيام 130 ميلي غرام/100 ميلي لتر

العلاج الحالي : هيدروكلوروثيازيد 25 ميلي غرام يوميا

1- هل يمكن تشخيص إصابتها بالسكري ؟
2- ما هي خطة العلاج؟

التحليل:

- نعم يمكن تشخيصها إصابتها بالسكري، لأن سكر الدم بعد الصيام أكثر من 126 ميلي غرام / ميلي لتر بالإضافة إلى وجود عوامل خطورة.
- يجب تقييم عوامل الخطورة ووجود المضاعفات ومتلازمات الشيخوخة وخاصة السقوط المتكرر.
- إيقاف علاج الضغط الحالي واستبداله بعلاج آخر يناسب حالتها الصحية.

حالة للمناقشة 2-8

مُسِنّ يبلغ من العمر 75عاماً، ويعاني من مرض ألزهايمر في مرحلة متقدمة، اصيب بنزلة معوية حادة لمدة يومين، ثم تحسن تلقائياً، لاحظ القائم على رعايته انخفاض عدد مرات التبول وقلة كمية البول، فأحال المُسِنّ إلى طبيب الرعاية الصحية الأولية للمساعدة.

ما هو التصرف الامثل؟

التحليل:

1- اخذ التاريخ المرضي، وإجراء الفحص السريري (الإكلينيكي) والفحوصات المختبرية (المعملية)

2- تحديد مدى احتياج المريض لدخول المستشفى، مثل الجفاف الشديد، وصعوبة تناول السوائل عن طريق الفم، واختلال الشوارد في الدم أو اختلال وظائف الكلية.

3- التثقيف الصحي للقائم على الرعاية حول كيفية وأهمية الحفاظ على توازن السوائل بالجسم في الحالات العادية وفي حالة حدوث حالات حادة.

حالة للمناقشة 2-9

مُسِنّ مدخن يبلغ من العمر 70 عاماً، يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري وفقد الأسنان، ويضع بدلة (طاقم أسنان صناعية). أتى إلى الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية يشكو من ارتفاع نسبة السكر بالدم ونقص الوزن وفقدان الشهية، مع تورم بالصدغ الأيمن. بفحص فم المُسِنّ وجد خراج تحت طاقم الأسنان وقرحة بالغشاء المبطن لصدغه الأيمن بسبب طقم الأسنان. وتم وصف كليندامسين 600 ميلي غرام لمدة 7 أيام مع كلوروهيكسيدين غسول للفم مرتين يومياً.

بعد أسبوع تحسنت نسبة سكر الدم عند المريض، واختفى تورم الصدغ، وتمت إحالته إلى طبيب الأسنان الذي أعد طاقم أسنان جديد يلائم فك المريض.

بعد 4 أسابيع مازال المريض يشكو من فقد الشهية ونقص الوزن ولم تلتئم القرحة.

كيف يتعامل الطبيب مع المريض؟

يجب على الطبيب أن يحث المريض على الإقلاع عن التدخين، وتحديد قدرته على التذوق، وتحديد إمكانية وجود جفاف الفم. وتثقيف المريض بخصوص العناية بطاقم الأسنان، وإحالة المريض لأخذ خزعة من القرحة (التي ثبت أنها نتيجة سرطان الخلايا الحرشفية)، وعندها يتم تأهيل المريض نفسياً واجتماعياً وإعداده للتدخل الجراحي.

حالة للمناقشة 2-10

مُسِنّ مدخن يبلغ من العمر 70 عاماً يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري، أتى إلى الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية يشكو من وجود حكة مزمنة منذ شهرين لا تستجيب إلى مضادات الهيستامين والكورتيزون الموضعي، ولوحظ ان الحكة منتشرة بجميع اجزاء الجسم حتى فروة الرأس، وانها تزداد في المساء، وبسؤاله أكد انه يعاني من احساس بالإجهاد وفقدان للوزن ووجود ارتفاع بسيط بدرجة الحرارة، كما أنه يعاني من فقدان التوازن منذ بدء العلاج، مما أدى إلى سقوطه المتكرر وظهور كدمات متعددة بالجسم، وبالكشف على الجلد لا توجد إلا أثار الحكة، ولا يوجد أي التهابات أو قرحات، كيف تتعامل مع المريض؟

حالة للمناقشة 3-1 -أ

مُسِنّ عمره 76 سنة، شُخِّصَت إصابة بمرض ألزهايمر منذ 4 سنوات، وجاء إلى مركز الرعاية الأولية للمتابعة، وعند أخذ التاريخ المرضي له أوضح ابنه أنه في الأسبوع الأخير لم يتبرز إلا مرة واحدة بالرغم من أن عادته أن يتبرز كل يوم، كما أوضح أنه فقد مالا يقل عن 5 كيلو غرام من وزنه في الشهرين الأخيرين، وبدأ يعاني من سلس بول.

كيف يتعامل الطبيب مع هذه الحالة وما دور أفراد فريق الرعاية الصحية الأولية في التعامل معها ؟

التحليل:

حتى يتمكن الطبيب من حصر أسباب الإمساك وفقدان الوزن اللذين يعاني منهما المريض، ينبغي عليه القيام بالخطوات التالية:

- يراجع الطبيب التاريخ المرضي للمريض من السجلات الطبية، ويتأكد من آخر فحص مختصر للحالة العقلية، ويراجع العادات الغذائية للمريض، والوزن السابق له، وأخذ تاريخ مرضي جديد للتأكد من عدم وجود مشاكل صحية مستجدة أخرى ومتابعة تطور المرض.
- يجري الطبيب للمريض فحصاً شاملًا، مع الأخذ في الاعتبار احتمال وجود مشكلات صحية جديدة لا يستطيع المريض التعبير عنها.
- يراجع الطبيب العادات الغذائية وكمية السوائل التي يتناولها المريض في الوقت الحالي. ومن الجدير بالذكر أن مريض ألزهايمر في أحدى مراحل المرض يصعب عليه تناول الطعام.
- يراجع الطبيب الأدوية التي يتناولها المريض.
- يجري الطبيب تحليل بول للمريض للتأكد من أنه لا يعاني من التهاب بمجرى البول.
- يستوفي الطبيب الأسباب العضوية ويراجع الأدوية التي يتناولها المريض لينتقل إلى شرح التغذية المثلى لحالة المريض، وذلك بالتعاون مع اختصاصي التغذية، وتتلخص في:

✓ تناول كميات طعام كافية تحتوي على جميع العناصر الغذائية، ويمكن تقسيمها إلى وجبات صغيرة على فترات متقاربة، بدلاً من ثلاث وجبات رئيسية، ومن المهم اختيار نوعية الطعام التي تتميز بسهولة الأكل والمضغ.

✓ الحرص على أن تحتوي الوجبات الغذائية للمريض على طعام غني بالألياف.

✓ تشجيع المريض على الحركة، مع الحرص على توفير بيئة آمنة.

بعد التأكد من أن المريض لا يعاني من التهاب بمجرى البول، أو من أي سبب من الأسباب التي تؤدي إلى سلس بولي حاد، يمكن إرشاد الأهل إلى طرق تذكير المريض ومساعدته على التبول على فترات متتابعة، وذلك يقلل من مشكلة السلس البولي.

حالة للمناقشة 3-1 -ب

مُسِنّ عمره 80 سنة، يعاني من ارتفاع ضغط الدم ومن السكري، ومن السادّ (الكاتاراكت) بالعينين، راجع القائم على تقديم الرعاية الأولية بصحبة ابنه الذي وصف الحالة بأن والده منذ يومين يعاني من سعال مصحوب ببلغم أصفر، وارتفاع بسيط في درجة الحرارة، وأنه منذ الصباح المريض يعاني من تدهور بالوعي، وأنه غير قادر على التعرف على أولاده.

- هل تعتبر هذه حالة هذيان؟ ولماذا؟
- ما هي عوامل الخطورة في هذه الحالة؟
- ما هي الأسباب المتوقعة للحالة؟
- ماذا سيقدم القائم على تقديم الرعاية الأولية لهذه الحالة.

التحليل:

- تعتبر هذه الحالة هذيان، لوجود تدهور جديد بدرجة الوعي، وارتباط عوامل الخطورة بهذا التدهور.
- عوامل الخطورة هي:
  - التقدم بالسنّ.
  - ضعف الإبصار.
  - وجود عوامل يمكن أن تؤدى إلى خرف ناتج عن ضعف الدورة الدموية الدماغية، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم.

يمكن توقع عدة مسببات:

- عدوى بالجهاز التنفسي.
- ارتفاع حاد بمستوى السكر بالدم.
- ارتفاع مفاجيء لضغط الدم أو حدوث مضاعفات مثل احتشاء في عضلة القلب وجلطة بالشريان التاجي.

يكون الهذيان في المُسِنّين عادة متعدد الأسباب.

ينبغي على القائم على تقديم الرعاية:

1- التأكد من عدم وجود أي تهديد لحياة المُسِنّ.

2- أخذ تاريخ مرضي من ابن المريض عن القدرات المعرفية للمريض قبل حدوث هذه الحالة بعدة أيام، والتأكد من حدوث تدهور مفاجيء وملحوظ فيها، للتفريق بين الخَرَف وبين الهَذَيان.

3- التأكد من الأدوية التي يتناولها المريض والمتابعة الصحية لتناولها.

4- فحص المريض فحصاً سريرياً (إكلينيكياً) كاملاً، ومحاولة معرفة مسببات الحالة.

5- التوصية بالإحالة الفورية إلى المستشفى للتعامل مع المسببات الحادة للحالة.

6- بعد التعامل مع الحالة وعودة المريض إلى حالته المستقرة التي كان عليها قبل المرض، يجب التخطيط للمتابعة الصحية على فترات متقاربة، للتأكد من انتظام ضغط الدم ومستوى السكر بالدم لديه، وعدم حدوث مضاعفات، والحرص على تطعيمه بلقاح الإنفلونزا كل عام.

حالة للمناقشة 3-1-ج

مُسِنّ يبلغ من العمر 62 عاماً، راجع طبيب الرعاية الصحية الأولية يشكو من الإرهاق المستمر، والصداع، وعدم التركيز، وآلام بالبطن خلال الأربع أسابيع الماضية. كما أنه يعاني من الأرق، وأصبح يفضل البقاء بعيداً عن الآخرين بسبب تلك الأعراض. بسؤاله عن الأمراض الأخرى اتضح أنه يعاني من ارتفاع ضغط الدم. وأضافت زوجته التي جاءت معه إلى المركز ملاحظتها بكونه أصبح سريع التهيج وسهل الاستثارة على غير المعتاد، كما أنه أصبح يدخن بشراهة.

التحليل:

يعاني هذا المريض من الكثير من الأعراض الجسدية، ومن القليل من الأعراض النفسية التي لاحظتها زوجته. لذا يجب على القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية:

1- تقييم جميع الأعراض الجسدية والتأكد من عدم وجود أمراض عضوية تسببها.

2- إدراك أن الأعراض الجسدية الغير مترابطة من علامات الاكتئاب في الكبار، وغالبا ما تكون تلك الأعراض في الجهاز العضلي الهيكلي أو الجهاز الهضمي.

3- إن الأرق وعدم التركيز والعزلة والأعراض الجسدية المتعددة جميعها من الظواهر التي تشير إلى الاكتئاب.

4- تقييم الإصابة باضطرابات القلق والتي كثيرا ما تصاحب الاكتئاب، ويعاني هذا المريض من بعضها مثل سهولة الاستثارة والشراهة في التدخين.

5- إشراك الزوجة أثناء تسجيل التاريخ المرضي، بعد إعلام الزوج بذلك وموافقته، حيث أنها هي الأقدر على ملاحظه التغيرات السلوكية والأعراض المختلفة التي قد لا يشعر بها المريض أو ينكرها خوفا من وصمة تشخيصه بالإصابة بمرض نفسي.

6- التعرف على رؤية المريض للمرض النفسي، وموقفه تجاه تشخيصه هو شخصياً بالإصابة بمرض نفسي، وذلك لوضع خطة العلاج الملائمة التي يقبل المريض بتطبيقها.

7- الاستعانة بالاختصاصي النفسي، حيث إنه يلعب دوراً رئيسياً في استيعاب وجهه نظر المريض وأهله، وإقناعهم بتغييرها إن كانت سلبية، وذلك يصبّ في مصلحتهم وفي مصلحة المريض، كما أنه يرشدهم ويوضح لهم طرق وأساليب العلاج المختلفة.

8- يجب تذكُّر أن الاكتئاب قد يكون واجهة لبعض الأمراض، لذا يجب تقييم المريض تقييماً شاملاً.

حالة للمناقشة 3-2

أرملة تبلغ من العمر 85 عاماً، متقاعدة وليس لديها أبناء، وكانت تعيش بمفردها لوقت قريب، وتستطيع قيادة سيارتها الخاصة، عند الفحص المبدئي لإيداعها في دار للمُسِنّين كانت تبدو غير مرتبة، لكنها تستطيع الاعتماد على نفسها في تأدية أنشطة الحياة اليومية، اكتشف الطبيب وجود ورم متقرح بالثدي الأيمن قطره 9 سم، وتورم في الذراع الأيمن، يرافقه ألم شديد، سبق أن لاحظ الجيران الفقدان التدريجي للذاكرة، وإهمالها للمنزل، فأبلغوا ابن اختها الذي أودعها دار المُسِنّين.

كيف يمكن للطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية الأولية مساعدة هذه السيدة ؟

التحليل:

1- على الطبيب القيام بخطوتين متوازيتين :

- التقييم الشامل للمريضة المُسِنّة لتحديد جميع العوامل التي تؤثر في اتخاذ قرار علاجها.
- تشخيص نوع الورم ودرجته ومدى انتشاره، بأخذ الخزعة للتحليل الباثولوجي، وقياس مستقبلات الهرمونات وإجراء الدراسات الشعاعية اللازمة.

2- تحديد أولويات العلاج، والهدف منه، سواء الشفاء أم التلطيف، بالتعاون مع اختصاصي الأورام.

حالة المناقشة 3-3

مُسِنّة تبلغ من العمر 68 عاماً، تعاني من تأثير ضعف الإبصار على حياتها اليومية رغم استخدامها النظارة الطبية لتصحيح عيوب الإبصار.

ما هي النصائح التي يمكن أن يوجهها إليها الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية؟

التحليل:

1- إعادة العرض على اختصاصي في طب العيون.

2- البحث عن وجود أسباب أخرى تؤثر على الإبصار، بالتقييم الشامل لكل من العين وعوامل الخطورة في أجهزة الجسم الأخرى.

3- توفير بيئة آمنة بمساعدة الاختصاصي بالمعالجة الوظيفية وإعادة تأهيل البيئة من حيث الإضاءة.

حالة للمناقشة 3-4

مُسِنّ يبلغ من العمر 70 عاماً، يعاني من التهاب مزمن بالمفاصل، أثّر على حركته، وأدى إلى سقوطه ثلاث مرات خلال العام الماضي، وإن كان يستطيع المشى بدون مساعدة. أجرى قياس كثافة العظام بدون مشورة طبية لخشيته من الإصابة بتَخَلْخُل العظام الذي أصيبت به زوجته، وتوفيت نتيجة مضاعفات كسر عظم الفخذ. أكّد القياس إصابته بتَخَلْخُل العظام، فراجع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية يسأله المشورة لقلقه الشديد من الإصابة بكسر مماثل.

كيف يستطيع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية إرشاده؟

التحليل:

يستطيع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية إجراء:

تحديد المخاطر التي يتعرض لها المُسِنّ، وهي:

- السقوط المتكرر نتيجة الإصابة بالتهاب المفاصل.
- تَخَلْخُل العظام الذي قد ينتهى بالكسور.
- ازدياد احتمال الإصابة بالكسور تلو السقوط المتكرر الذي يصاحب تَخَلْخُل العظام.
- خوف المريض من التعرض للكسر قد يدفعه إلى الإقلال أو الامتناع عن النشاط والحركة ومغادرة المنزل، مما يؤدي إلى ازدياد خطر السقوط وتَخَلْخُل العظام.

كيفية التصرف تجاه تلك العوامل:

1- السقوط المتكرر:

- تحليل ملابسات مرات السقوط كل على حدة.
- تقييم حالة التهاب المفاصل وتقديم العلاج اللازم.
- البحث عن العوامل الأخرى التي قد تؤدي إلى السقوط مثل ضعف النظر.
- استشارة الطبيب واختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل لإمكانية استخدام أدوات مساعدة في المشي مثل العكاز.
- تقييم البيئة المحيطة ومدى ملاءمتها بواسطة اختصاصي العلاج الوظيفي.

2- تَخَلْخُل العظام:

- إرشاد المُسِنّ لضرورة ممارسة الرياضة، ووضع خطة لذلك مع اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل وفقاً لما تسمح به إمكانيات المريض الصحية.
- التأكيد على التغذية وتناول ما يزيد على 1200 ميلي غرام من الكالسيوم و800 وحدة دولية من فيتامين D يومياً، والتعاون مع اختصاصي التغذية في ذلك.
- تكرار قياس كثافة العظام للمتابعة.

3- ازدياد احتمال الإصابة بالكسور:

- يمكن أن يرتدي المُسِنّ واقياً للحوض أثناء التنقل، أو أثناء أداء الأنشطة التي يزيد معها احتمال السقوط، وذلك لتقليل قوة الاصطدام في حال السقوط وتقليل خطر الكسر.

4- الخوف من أداء الأنشطة:

- التأكيد على المُسِنّ أن تأثير النشاط والحركة بالطرق الصحيحة التي يصفها اختصاصي العلاج الطبيعي والتأهيل من أهم العوامل لتقليل السقوط وزيادة كثافة العظام.

حالة للمناقشة 3-6

سيدة عمرها 65 عاماً، وعندها 5 من الأبناء والبنات، تعاني من السكري، ذهبت إلى الطبيب تشكو من تورم أرجلها ومشاكل بالنوم ليلاً بسبب التبول أكثر من أربع مرات. وهي تستعمل الإنسولين ودواءً مُدِرّاً للبول، وبدأت في استعمال دواء للنوم مساءاً، لكنها لاحظت زيادة حدوث التبول اللاإرادي "التي كانت قد اعتادت عليه من قبل"، فجاءت إلى الطبيب تطلب المساعدة.

- ماهي الأسباب المحتملة لسلس البول في هذه الحالة؟ وما هي أنواع سلس البول المحتملة؟
- كيف يمكن إجراء التقييم لها؟ وكيف يمكن مساعدتها؟

التحليل:

- الأسباب المحتملة لسلس البول في هذه الحالة:
  - التقدم في العمر.
  - الولادات المتكررة.
  - السكري الغير المنضبط.
  - الدواء المُدِرّ للبول.
  - الدواء المُنَوِّم.
- الأنواع المحتملة لسلس البول:
  - سلس البول بسبب التوتر بسبب الولادات المتكررة.
  - سلس البول المتعدد الأسباب.
  - سلس البول الوظيفي المؤقت.
- يمكن مساعدة هذه المريضة عن طريق:
  - إجراء التقييم الشامل لها.
  - تقييم سلسل البول، مثل إعداد جدول بالسوائل المتناولة وبكمية البول وتحليل بول كامل.
  - التثقيف الصحي حول سلس البول والشيخوخة والأمراض والأدوية.
  - ضبط سكر الدم.
  - محاولة استبدال الدواء المدر البول بدواء آخر، الاستغناء عن الدواء المنوم.
  - التوصية بإجراء تدريبات كيجل لعضلات الحوض.

حالة للمناقشة 3- 7

مُسِنّ يبلغ من العمر 70 عاماً، يعيش بمفرده، ويعاني من ارتفاع ضغط الدم وارتفاع دهون الدم، ومن مرض ألزهايمر، ومن تدهور أدائه الوظيفي حتى أصبح يلازم الفراش، ومن سلس البول. طلبت ابنته نصيحة الطبيب لإصابته ب "جروح في المقعدة وأسفل الظهر لا تلتئم" لاحظتها منذ بضعة أيام أثناء تنظيف والدها.

- ما هي احتمالات هذه "الجروح"؟
- كيف يتعامل معها الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية؟

التحليل:

- o الاحتمال الأكبر لهذه الجروح هو قرحات الانضغاط
- o يمكن أن تكون قرحات بسبب آخر مثل الالتهابات أو الأورام.

- كيف يتعامل الطبيب مع قرحات الانضغاط:
  - o التقييم الشامل للمُسِنّ.
  - o تقييمه ومراقبة القرحات، من حيث أماكنها ودرجتها وعوامل الخطورة المسببة لها.
  - o تقييم مضاعفات ملازمة الفراش التي قد تشكل خطورة على الحياة.
  - o الوقاية خير من العلاج بالتعامل مع عوامل الخطورة.
  - o التقليب في الفراش بانتظام أهم من وضع المُسِنّ على مرتبة هواء والضمادات.
  - o الاهتمام بمتابعة الألم والعدوى المكروبية في القرحات.

حالة للمناقشة 3-8

حضر للعيادة بمركز الرعاية الصحية الأولية مُسِنّ عمره 85 عاماً مع ابنته، وهو يعاني من سقوط متكرر وخوف شديد من المشي نتيجة آخر سقوط. وهو مريض بارتفاع ضغط الدم. وابنته هي التي تقوم على رعايته، وقد لاحظت زيادة في معدل السقوط المعتاد لوالدها على مدار العامين الماضيين، وظهرت لديه رعشة شبه مستديمة في الأطراف.

- كيف يتعامل طبيب الرعاية الصحية الأولية مع هذه الحالة؟
- ما هي إجراءات العلاج والوقاية المفيدة في هذه الحالة؟

التحليل:

- يتعامل طبيب الرعاية الصحية الأولية مع هذه الحالة بالتأكد من عدم وجود أي خطورة على حياة المُسِنّ بسبب السقوط المتكرر، مثل وجود كسر عظم الفخذ أو نزيف بالمخ. ثم يجري له التقييم الشامل للمُسِنّ، والتقييم للسقوط المتكرر والتوازن والجهاز الحركي.
- ونظراً لاحتمال أن يكون السقوط المتكرر والرعشة بسبب مرض باركنسون، ينبغي على الطبيب تقييم باقي أعراض وعلامات باركنسون للتأكد من التشخيص.
- إجراءات العلاج والوقاية المفيدة:
  - تقديم التثقيف الصحي للمُسِنّ ومن يقوم على رعايته، وتخطيط الرعاية وتحسين بيئة الحياة لجعلها صديقة لمرض باركنسون.
  - الإحالة إلى اختصاصي بالأمراض العصبية في حالة وجود صعوبة في قرارات العلاج الدوائي.
  - تكوين فريق رعاية لمرض باركنسون وتحديد الأدوار وتوزيعها والاستعانة بمنظمات المجتمع المدني.

حالة للمناقشة 3-9

مُسِنّ يبلغ من العمر 79 عاماً، يعاني من فشل كلوي، ويخضع للغسيل الكلوي الدموي ٣ مرات اسبوعياً، ولديه ارتفاع ضغط الدم ينضبط بالمعالجة بدواء الأميلوديبين. راجع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية طلبا للمشورة لتكرر السقوط والشعور بالوهن وعدم القدرة على أداء الأنشطة البدنية المعتادة.

كيف يتعامل طبيب الرعاية الصحية الأولية مع المريض؟

حالة المناقشة 3-10 -أ

مُسِنّ يبلغ من العمر70 عاماً ويعاني من ارتفاع ضغط الدم ويتبع نظاماً غذائياً ودوائياً منتظماً، ويقيس الضغط بفترات دورية متقاربة، ويمارس الرياضة بانتظام، لاحظ في الآونة الأخيرة أنه يشعر بالإجهاد خلال ممارسة أنشطته المعتادة.

كيف يمكن لطبيب الرعاية الصحية الأولية تقييم هذه الحالة؟

التحليل:

1- التقييم الشامل للمُسِنّ مع التركيز على العناصر التي تسبب الإجهاد.

2- وضع قائمة بالأسباب المحتملة للإجهاد، وعدم التعجل بتحديد سبب مباشر، إذ عادة ما يكون الإجهاد متعدد الأسباب.

3- التأكد أولاً من عدم وجود الأسباب الخطيرة، ثم الأقل خطورة، استناداً إلى التقييم الشامل.

4- علاج جميع الأسباب المحتملة بواسطة فريق العمل.

5- المتابعة الدقيقة على فترات متقاربة لخطة العلاج.

6- عند تفاقم الحالة أو ظهور أعراض أخرى يجب مراجعة التشخيص وإجراء فحوصات أخرى أكثر تعقيداً.

حالة للمناقشة 3-10 -ب

مُسِنّ أرمل يبلغ من العمر75 عاماً، يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري، يقوم بأعمال تطوعية متعددة، ولكنه اضطر للإقلال منها خلال السنتين الأخيرتين لشعوره بالإجهاد. أصيب بنزلة صدرية حادة تم علاجها في المنزل، وبعد التعافي منها ازداد شعوره بالإجهاد، وتعرض للسقوط المتكرر أكثر من عشرة مرات خلال الستة أشهر الماضية.

هل هذا المريض مصاب بالوهن؟ وما هو دور الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية الأولية في هذه الحالة؟

التحليل:

1. المُسنّ مصاب بالوهن، فهو يعاني من عدة أمراض مزمنة ولديه إحساس متزايد بالإجهاد، كما تعرض للسقوط المتكرر.
2. إجراء التقييم الشامل للمُسِنّ لاكتشاف عوامل الخطورة والسمات الأخرى للوهن ومدى شدتها وإمكانية معالجتها.
3. إجراء تقييم للبيئة المحيطة به وتوفير الأمان البيئي.
4. وضع خطة العلاج والمتابعة بالاشتراك مع كل أفراد فريق العمل، وخاصة اختصاصي التأهيل والعلاج الطبيعي، واختصاصي العلاج الوظيفي، واختصاصي التغذية، والاختصاصي الاجتماعي.

حالة للمناقشة 4-2

مُسِنّ يبلغ من العمر 70 عاماً، يدخن منذ بلوغه 20 عاماً، يعاني الآن من المرض الرئوي الانسدادي المزمن، وقصور في الشرايين التاجية والطرفية، وتفاقمت حالته الصحية فاستجاب لنصح الأطباء فقرر الإقلاع عن التدخين، ولكنه فشل في ذلك طوال السنتين الماضيتين، وإن كان نجح في الإقلال من عدد السجائر التي اعتاد أن يدخنها يومياً. كما أنه يعاني من ضعف الشهية وفقدان الوزن في الفترة السابقة.

ما هو دور الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية تجاه هذا المُسِنّ؟

التحليل:

1. إجراء الفحص الشامل للمُسِنّ وإرشاد المريض للتوصيات المتعلقة بالأمراض الطبية التي يعانيها.
2. **يواجه هذا المُسِنّ مشكلتين هما:**
   - فشل الإقلاع عن التدخين.
   - فقدان الشهية والوزن.

أولا: فشل الإقلاع عن التدخين:

يجب على الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية:

- التأكد من رغبة المُسِنّ في الإقلاع نهائياً عن التدخين، وتحديد مرحلة التغير السلوكي التي يمر بها الآن.
- السؤال عن الصعوبات التي أعاقته عن الإقلاع نهائياً من وجهه نظره الشخصية.
- التأكد من مدى معرفته بمخاطر الاستمرار في التدخين على حالته الصحية.

وبتحليل استجابة المريض لما سبق تبين:

- أن لديه رغبة حقيقية في الإقلاع نهائياً عن التدخين.
- أهم الصعوبات التي تمنعه من ذلك وجوده مع أبنائه المدخنين في نفس المنزل والذين اعتاد مشاركتهم في التدخين.
- يدرك المريض جيداً أن التدخين يرتبط بما يعانيه من أمراض ولكنه غير متأكد من أن إقلاعه عنه سوف يحسن من أوضاعه الصحية، أو يوقف تدهورها.

ثانيا: فقدان الشهية والوزن:

يجب على الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية:

- التأكد من الفترة الزمنية التي حدث فيها فقدان الشهية والوزن وما أسبابها من وجهه نظر المريض.
- السؤال عن الأعراض المصاحبة لفقدان الشهية والوزن.
- مراجعة اليوميات الغذائية لهذا المُسِنّ وتطبيق تقييم الحالة الغذائية عليه لمعرفة هل يعاني من سوء التغذية أم لا.

بتحليل استجابة المريض لما سبق تبين الآتي:

- أن فقد الشهية بدأ مع محاولات الإقلاع عن التدخين (منذ سنتين).
- لا يصاحب فقد الشهية أو الوزن أي أعراض أخرى باستثناء اعتقاد المريض أن تناوله لكميات كبيرة من القهوة عوضاً للإقلال من السجائر هو السبب الرئيسي في فقده للشهية للطعام.

- بمراجعة يومياته الغذائية تبين أنه يأكل وجبتين أساسيتين في اليوم، وأنه اعتاد في السابق أن يأكل الثلاث وجبات، كما أن كميات الطعام المتناول أصبحت أقل مما اعتاد عليه، وهو لا يتناول منتجات الألبان أو الخضر أو الفاكهة بكميات كافية.

مما سبق يتضح أنه يجب على الطبيب القائم على تقديم الرعاية الأولية:

- إقناع المُسِنّ أن الإقلاع عن التدخين يمكن أن يحسن من وظيفة رئتيه.
- طلب مقابلة المُسِنّ وأبنائه في جلسة مشتركة مع الاختصاصي النفسي وذلك لمناقشة الأبناء في إقلاعهم عن التدخين هم أيضاً.
- الاجتماع بالمُسِنّ والقائم على تقديم الرعاية له في وجود اختصاصي التغذية لوضع برنامج غذائي متوازن له وإرشاده لبدائل القهوة مثل الفاكهة.
- استشارة الصيدلي في استخدام بدائل النيكوتين المتاحة أو الأدوية الأخرى التي تساعد على الإقلاع ومدى ملاءمتها للمريض.
- الاستعانة باختصاصي الروماتيزم والتأهيل لوضع برنامج رياضي ملائم للمريض بعد استشارة طبيب القلب وتقييم حالته.
- بعث الطمأنينة في المريض تجاه استطاعته طلب المساعدة الطبية من الفريق في أي وقت واستعدادهم لتقديمها.

حالة للمناقشة 4-4

مُسِنّ يبلغ من العمر 70 عاماً، يقيم مع ابنته، يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري ومن سكتة دماغية حديثة أدت إلى شلل نصفي في الجانب الأيسر، وإن كانت لم تؤثر على وظائفه العقلية والمعرفية. ويستطيع المشي وأداء أنشطته اليومية بأمان ولكن ببطء وباستخدام عكاز.

تسأل ابنته عن:

1. مقدار المساعدة الذي يجب أن تقدمه الابنة لوالدها في أنشطته اليومية كي لا يشعر بالضيق لأداء تلك الأنشطة ببطء؟
2. هل يستطيع الخروج وممارسة أنشطة اجتماعية؟

التحليل:

1. يجب على الابنة أن لا تساعد والدها في أداء الأنشطة إلا بمراقبته أثناء أدائها، وبالتأكد من أنه في أمان. فمن أخطر العوامل والمفاهيم الخاطئة التي تؤدي إلى فقد المُسِنّ لاستقلاليته ولاعتماده بصورة كلية على الآخرين التصور بأنه يجب أن نساعده في أداء أنشطته اليومية، حتى وإن كان معافى في بعض الأحيان. ولا يتعارض ذلك مع توقيرنا للكبار، ولكن لتكن مساعدتنا في أمور لا تتعارض مع استقلاليته في أداء الأنشطة اليومية أو تزيد من اعتماده على الآخرين.
2. يستطيع هذا المُسِنّ الخروج وممارسة أنشطة اجتماعية بعد استشارة اختصاصي المعالجة الوظيفية الذي يستطيع أن يساعده في اختيار تلك الأنشطة، والتأكد من أمانه أثناء الانتقال لأماكنها وتأديتها. أما إذا لم يتوفر اختصاصي المعالجة المهنية فتستطيع الابنة أن تسجل ملاحظاتها المتعلقة بالصعوبات البيئية التي تواجه والدها أثناء ممارسة تلك الأنشطة ومناقشتها مع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية للتغلب عليها.

حالة للمناقشة 4-5

في مركز للرعاية الصحية الأولية يقدم خدمة المتابعة الدورية لمرضى السكري طلب ابن أحد المريضات التي تعاني من مضاعفات السكري وهي ضعف الإبصار وضعف الحركة والتي بُتِرَت إحدى قدميها، النصح لتعديل منزل أمه في الطابق الأرض، ووعد بالتبرع لإعادة تأهيل مركز الرعاية الصحية ليكون مراعياً للمُسِنّين.

فماذا ينصحه الطبيب؟

التحليل:

تأهيل المبنى السكني ليلائم المُسِنّين:

- تأهيل الأرضيات بإزالة كل الأثاث الغير الضروري
- ترك مساحة حرة وإزالة كل الأسلاك ومعوقات الحركة وتثبيت السجاد
- يمكن وضع أرضية مانعة للانزلاق.
- تأهيل الحمام والمطبخ.
- وضع المساند الجانبية في الممرات والحوائط والحمامات.
- التأكد من وجود إضاءة كافية خصوصا عند الممرات الأبواب والحمامات.
- إزالة كل العتبات.
- تأهيل السلالم وارتفاعات الأرض.
- يفضل استخدام إنذار الحرائق.

حالة للمناقشة 4-7

مُسِنّ يبلغ من العمر 75 عاماً، يعاني من ارتفاع ضغط الدم وقصور الشرايين التاجية وسكتة دماغية سابقة نتج عنها صعوبة في النطق وضعف الإبصار والسمع. راجع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية مع ابنه للكشف الدوري.

- كيف يتعامل الطبيب مع المريض؟
- كيف يحدد الطبيب المشكلات التي يعاني منها المريض؟

حالة للمناقشة 4-8

مُسِنّة عمرها 80 عاماً، تلازم المنزل بسبب تنكُّس مفاصل الركبتين ومرض ألزهايمر في مرحلة متوسطة، تعتني بها ابنتها التي عمرها 50 عاماً، وتعمل 8 ساعات يومياً، وتعاني من السكري وارتفاع ضغط الدم ومشاكل مادية، استدعت الابنة الأخرى المتزوجة التي لا تعيش مع أمها طبيب الرعاية الصحية الأولية لزيارة منزلية بسبب الاشتباه في حدوث التهاب رئوي عند الأم. ولاحظ الطبيب عدم نظافة السيدة المُسِنّة وغياب أي غطاء للتدفئة بغرفتها، وقلة نظافة وترتيب غرف المنزل، وعدم وجود أدوية الأم، مع وجود كدمات على ظهرها. وقد رفضت الابنة الحصول على المساعدة من برنامج الرعاية المنزلية الذي عرضها عليها.

- ما هي عوامل الخطورة لإساءة معاملة المُسِنّ؟
- ما هي علامات حدوث إساءة معاملة المُسِن وما هي أنواعها؟
- ما هي أنواع الإساءة معاملة المُسِنّ المحتملة في هذه الحالة؟
- ماذا يفعل الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية في هذه الحالات؟

التحليل:

- عوامل الخطر لحدوث إساءة معاملة المُسِنّ:
  - مرض ألزهايمر أو قصور الوظائف المعرفية
  - وجود احتمال لإجهاد أو إنهاك أو استنفاذ قوى القائم على الرعاية، بتقدمه في العمر وإصابته بالمرض وبتغير ظروف العمل والظروف المادية.
  - المُسِنّة تقييم بمفردها مع ابنة واحدة
- علامات حدوث إساءة معاملة المُسِنّة وأنواعها:
  - عدم وجود غطاء للتدفئة.
  - عدم نظافة أو ترتيب غرف المنزل.
  - عدم وجود أدوية الأم.
  - وجود كدمات على الظهر.
- أنواع إساءة المعاملة المحتملة:
  - مالية: لوجود احتمالية ضغوط مادية.
  - عاطفية: فغياب غطاء التدفئة قد يكون دليلاً على الجفاء أو العقاب.
  - بدنية: لوجود كدمات وعدم وجود غطاء للتدفئة وعدم النظافة.
  - الإهمال في الرعاية: رفض الابنة المقيمة لتلقي المساعدة من خدمة الرعاية المنزلية، طلب الابنة الأخرى للزيارة المنزلية، وجود ظواهر إجهاد أو إنهاك أو استنفاذ قوى القائم على تقديم الرعاية مثل عدم نظافة أو ترتيب كل المنزل.
- دور الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية:
  - التقييم الشامل للمُسِنّ وتدوينه بدقة.

- استكشاف ترتيبات الرعاية واحتمال الإجهاد أو الإنهاك أو استنفاذ قوى القائم على الرعاية ومعالجته.
- سؤال المُسِنّ والقائم على رعايته وأطراف الرعاية الأخرى عن وجود إساءة معاملة المُسِنّ.
- استكشاف عوامل الخطورة المؤدية لإساءة معاملة المُسِنّ والتعامل معها، مثل تثقيف الابنتين، معاً أو كلاً منهما على انفراد، حول ترتيبات الرعاية الطويلة المدى، وأهمية تقسيم عبء الرعاية، وإجهاد أو إنهاك أو استنفاذ قوى القائمين على رعاية المُسِنّين، وخدمات الدعم المنزلية للمُسِنّين، ورعاية الاستراحة).
- يتم إبلاغ الأجهزة الرقابية المسئولة في حالة التأكد من وجود إساءة.
- يجب التعامل مع عوامل الخطورة لضمان عدم حدوث أو تكرار الإساءة معاملة المُسِنّ.

حالة للمناقشة 4-10

سيدة تبلغ من العمر 80 عاماً، تعاني من صعوبة بالسمع والإبصار ومن التهاب مزمن في القصبات (الشعب الهوائية)، ومن تنكُّس في المفاصل، تعيش مع ابنها الوحيد الذي ينوي السفر إلى الخارج لمدة عام، ولهذا فقد حضر إلى الطبيب القائم على تقديم الرعاية لطلب النصح والمشورة.

التحليل:

العوامل التي تؤثر على قرار الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية حول توجيه ابن المريضة:

1. قدرة السيدة على التواصل وتأثير ضعف التواصل على أنشطتها.
2. قدرة السيدة على تأدية أنشطة حياتها اليومية والأنشطة التي تحتاج لمهارات خاصة.
3. القدرات المعرفية للمريضة.
4. احتياجات المريضة.

فإذا كانت السيدة قادرة على التواصل وتأدية أنشطة حياتها اليومية والأنشطة التي تحتاج لمهارات باستقلالية تامة، وكانت تتمتع بقدرات معرفية سليمة يمكنها معها البقاء وحدها، مع الأخذ في الاعتبار التأكيد على المتابعة الطبية المستمرة وتناول الأدوية في مواعيدها المحددة، وتشجيع العلاقات الاجتماعية، وممارسة المشي بانتظام، وأخذ التطعيمات اللازمة، وضمان الأمان البيئي.

وهناك حالات يجب فيها اتخاذ الترتيبات اللازمة لتأمين من يقيم مع السيدة أو نقلها للإقامة في مكان آخر:

1. وجود ضعف الحواس الذي يؤثر على التواصل والذي لا يمكن إصلاحه بالأدوات المساعدة للسمع وللإبصار.
2. قصور في الأداء الوظيفي للسيدة.
3. قصور في الوظائف المعرفية.

ويجب أن يشترك جميع أفراد فريق تقديم الرعاية في مناقشة القرارات وشرح التعليمات اللازمة أو توفير الخطة البديلة ومتابعة التنفيذ بدقة.

حالة للمناقشة 5-4

مُسِنّ يبلغ من العمر 83 عاماً، يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري وضعف الإبصار. راجع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية بسبب إصابته بالقدم السكرية، فوجد الطبيب أن ضغط الدم لديه منخفضاً 50/80، مع حموضة الدم، ووجود أسيتون بالبول.

فكيف يتعامل الطبيب مع المريض؟

وماذا يفعل الطبيب اذا لم تتوفر لديه الإمكانات الجراحية والرعاية المطلوبة لعلاج مضاعفات السكري لدى المريض ؟

حالة للمناقشة 5-5

أشار أحد التقارير الأولية التي استخرجها مسؤول نظام المعلومات الصحية في أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى أن هناك زيادة في عدد حالات الإسهال التي شُخِّصت على أنها ناجمة عن العدوى بالأميبا الزحارية. فأبلغ الطبيب المسؤول الذي أجرى تحليلاً مبدئياً للبيانات من ناحية الوقت والمكان والأشخاص المصابين بهذه الحالات ووجد أن هذه الحالات اكتُشِفت خلال 3 أيام متتالية، وأن معظم هذه الحالات سجلت عناوين متقاربة، وأن هذه الحالات من **فئة عمرية** تزيد على 60 سنة، فأبلغ **الطبيب** السلطات الصحية المختصة والمراقب الصحي المسؤول لإجراء التقصيات الوبائية اللازمة، ومحاولة اكتشاف الأسباب، واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة, فأثبتت **نتائج التقصيات الوبائية** أن المصابين من المتقاعدين الذين يجلسون في مقهى يقدم بعض الساندويتشات والوجبات الخفيفة، وأن من يحضِّر **الطعام** في هذا المقهى مصاب بالمرض وفي مرحلة العدوى ولا يحمل شهادة صحية تؤكد سلامته.

التحليل:

تكمن أهمية جمع البيانات ونظام المعلومات الصحية في:

1. الكشف المبكر عن حالات التفشي الوبائي.
2. الحد من زيادة أعداد المصابين بالعدوى بتطبيق الإجراءات الوقائية والتدخل في الوقت المناسب.
3. رفع سوية الوعي الصحي لدى الناس بعدم تناول الأطعمة المجهولة المصدر.
4. توعية أصحاب محلات تقديم الأطعمة عن ضرورة الكشف الدوري على الذين يحضِّرون الطعام والاطلاع على شهاداتهم الصحية وتحديثها أول بأول.

حالة للمناقشة 5-6

رجل متقاعد عمره 70 سنة، مصاب بارتفاع ضغط الدم والسكري، راجع الطبيب القائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية لأنه يعاني من عدم ضبط السكري وضغط الدم في الأسبوعين الماضيين، وتكرار إصابته بنزلات معوية بسبب أكل أغذية رخيصة من خارج المنزل، وهو القائم على تقديم الرعاية الوحيد لزوجته المريضة بالسكري وبكسر عنق الفخذ الذي قرر الأطباء عدم إجراء جراحة له مما ألزمها الفراش. وهو وزوجته يعيشان بمفردهما في منزل يتكون من أربع حجرات يصعب عليهما تنظيفها، وكانا قد أنجبا بنتاً واحدةً سافرت مع زوجها، وليس لهما أقارب بالقرب منهما.

ما هي العوامل التي تزيد من معاناة الجل المسنّ القائم على رعاية زوجته؟

ما هو دور الطبيب المقدم للرعاية الصحية الأولية للزوج القائم على تقديم الرعاية لزوجته المُسِنّة؟

التحليل:

تنقسم العوامل التي تؤدي إلى معاناة الزوج القائم على تقديم الرعاية لزوجته في المنزل إلى عوامل خاصة بالزوجة وعوامل خاصة بالزوج:

العوامل الخاصة بالزوجة:

1. أسباب الحاجة للرعاية مثل التغيير الصحي الدائم، فالزوجة طريحة الفراش بسبب الكسر.
2. تطور سبب الحاجة للرعاية، مثل العبء الكبير الحاد، فالزوجة معتمدة على الزوج.
3. درجة التدهور الوظيفي، وظهور الحاجة للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية.
4. الحالة الاجتماعية، وضعف الشبكة الاجتماعية.
5. التوقع المستقبلي لأوضاع الزوجة، صحياً باحتمال حدوث مضاعفات تجبرها على ملازمة الفراش، ووظيفياً باحتمال فقد المزيد من الوظائف في غياب التأهيل المناسب.

العوامل الخاصة بالزوج الذي يقوم على تقديم الرعاية لزوجته:

1. الحالة الصحية، والإصابة بعدة أمراض مزمنة، والوضع النفسي بالتعرّض للشعور بالوحدة وبحمُل عبء الرعاية والحزن والاكتئاب.
2. الحالة الاجتماعية، وضعف الشبكة الاجتماعية.
3. الحالة المهنية والاقتصادية: فالتقاعد يترافق مع ضعف الإمكانيات.
4. الوعي بخدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية المتاحة، وهو ما ينبغي استكشافه.
5. وجود أي مفاهيم خاطئة عن تقديم الرعاية: وهو ما ينبغي التعرف إليه.
6. الوعي بأسباب وعلامات إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية: وهو ما ينبغي التوعية حوله.
7. درجة تأثُّر حياة القائمين على تقديم الرعاية، مثل بدء المعاناة الصحية، بخلل ضبط السكري، والتركيز على تقديم الرعاية لزوجته، وشراء الأكل من خارج المنزل، وصعوبة تنظيف المنزل.

دَور الطبيب المقدم للرعاية الصحية الأولية في حالة المرأة المُسِنّة وزوجها القائم على رعايتها

1. **الخطوة الأولى – تقدير حجم الرعاية المطلوبة:** بإجراء التقييم الشامل للزوجة المُسِنّة ولزوجها القائم على رعايتها.

2. **الخطوة الثانية – تقدير الرعاية المتاحة الآن:** ومدى الحاجة لتوفير المزيد من الذين يقدمون الرعاية، وتوفير خدمة الوجبات الساخنة في المنزل، أو تدريب الزوج على صناعة وجبات بسيطة متوازنة.

3. **الخطوة الثالثة – خدمات دعم القائمين على تقديم الرعاية:** بضبط سكر الدم لدى الزوج، وتوعيته ببرامج التدريب على رعاية زوجته التي تلازم الفراش، وعلى الرعاية بالاستراحة، وخدمة الرعاية المنزلية له، لمتابعة ضبط السكري عنده وعند زوجته.

4. **الخطوة الرابعة – وضع التصور المستقبلي للرعاية:** التخطيط المستقبلي للرعاية، وزيادة توافر من يقدِّم الرعاية في المستقبل، وأي مشاكل متوقعة، مثل قرحات الانضغاط ومضاعفات ملازمة الفراش.

5. **الخطوة الخامسة – المتابعة والتحري المستمر**: التوعية بعلامات إنهاك وإجهاد واستنفاد قوى القائمين على تقديم الرعاية، بهدف الاكتشاف المبكر لأي مضاعفات تطرأ على حالة الزوجة، والتعامل معها بسرعة.

حالة للمناقشة 5-8

سيدة تبلغ من العمر 58 سنة، تعمل مدرِّسة للغة الإنجليزية في مدرسة حكومية، وهي تعاني الآن من ارتفاع بضغط الدم، ومن الربو، وتقيم بمفردها بعد وفاة زوجها.

ما هي المقترحات حول التأهيل للتقاعد؟

أولاً : يجب إجراء متابعة طبية مستمرة لضمان عدم حدوث مضاعفات للأمراض المزمنة التي تعاني منها السيدة.

ثانياً: مراجعة نظام التأمين الصحي والاجتماعي التي تستفيد منه للتأكد من استيفاء متطلباتها بعد التقاعد.

ثالثاً: مراجعة مدخراتها ومحاولة الانتساب في نظم ادخار تضمن لها دخلاً كافياً بعد التقاعد.

رابعاً: التفكير في الاستفادة من خبراتها بعد التقاعد كالتدريس والترجمة والمراجعة في المؤسسات الخاصة أو بصفة فردية أو في العمل التطوعي.

خامساً: بناء شبكة علاقات اجتماعية مناسبة.

ومن الواضح صعوبة تحقيق البندين الرابع والخامس.

حالة للمناقشة 5-9

في مركز الرعاية الصحية الذي تعمل به :

1. ما هو تعريف الموارد بالنسبة للمركز، وما هي أنواعها.
2. ما هي الموارد المستخدمة فعلياً والموارد الغير المستخدمة.

ضع اجابتك في الجدول التالي:

القائمون على حشد الموارد حالياً	الموارد الإضافية التي تحتاجها	كيفية تحصيل الموارد	المشاركون في حشد الموارد

بعد الاطلاع على القائمة التفقدية الخاصة بالمدن المراعية للسِّنّ، حضِّر مع مجموعتك قائمة بالجهات التي يجب التنسيق معها لتفعيل المحاور الواردة بالقائمة والخاصة بالخدمات الصحية والاجتماعية.

الملاحق

ملحق (1)

مكونات مقترحة لحزمة تعزيز صحة المُسِنِّين

الهدف: اكتشاف وتقليل عوامل الخطورة والتعامل معها في الرعاية الصحية الأولية، مع الإشارة إلى الزمن المقترح.

التثقيف الصحي والمشورة (في كل زيارة)

- التغذية
- النشاط
- التدخين

التطعيم باللقاحات:

- لقاح المكورات الرئوية العقدية **Pneumococcal** vaccines وهو يقي من عدوى العقديات الرئوية Streptococcus pneumoniae (مرة كل خمس سنوات أو مرة واحدة بعد سن 65 سنة)
- جرعة تعزيز من لقاح الكُزاز (التيتانوس)
- لقاح الفيروس الكبدي "بي" (جرعات كاملة لمن لم يسبق له التطعيم)
- لقاح فيروس الإنفلوانزا (مرة سنوياً)

أسبرين يومياً **بجرعة** لا تقل عن 75مجم (في كل زيارة)

إجراءات الاكتشاف المبكر في الرعاية الصحية الأولية

- زيارة سنوية لمركز الرعاية الصحية الأولية أو زيارة منزلية.
- قياس ضغط الدم (مرة سنوياً)
- قياس سكر الدم
- قياس هرمونات الغدة الدرقية (مرة كل خمس سنوات)
- مراجعة الأدوية وتعددها (في كل زيارة)
- اختبار القدرات المعرفية (مرة كل خمس سنوات أو أكثر)
- استعراض المشكلات الرئيسية للمُسِنّين (مرة كل سنة أو أكثر)
  - قياس الوزن والطول وتسجيله
  - الاكتئاب
  - سلس البول
  - السقوط
  - اختلالات الحواس
  - اختبارات الوقوف والمشي
  - فحص الأقدام
  - صحة الأسنان
  - استعراض القائمين على رعاية المُسِنّ
  - كشف الدم في البراز

ملحق (2)

سُلَّم تقدير الألم Pain assessment scale

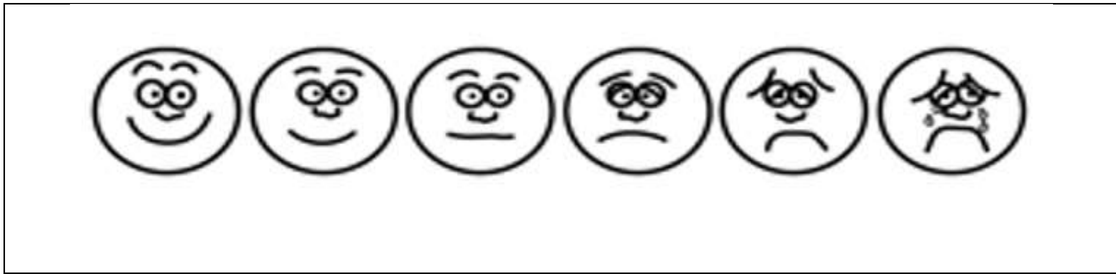
سلم قياس الألم بالكلمات التوصيفية

0= لا ألم
1= ألم طفيف
2= ألم مُزْعِج
3= ألم شديد
4= ألم فظيع
5= ألم طاحن

سلم قياس الألم بالتعبير البصري

لا ألم		ألم طفيف		ألم متوسط الشدة		ألم شديد		ألم شديد جداً	أسوأ ألم ممكن	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
لا ألم			ألم متوسط الشدة						أسوأ ألم ممكن	

سلم قياس الألم بالصور



سلم قياس الألم بالألفاظ

يتم اختيار سلم قياس من 0 إلى 10، بحيث 0 تعني عدم وجود ألم، و10 تعني أسوأ ألم يمكن تصوره، ويأل المريض عن مقدار الألم الذي يعاني منه؟

سلم قياس الألم الوظيفي

0= لا ألم
1= ألم يمكن تحمله، ولا يمنع من أداء الوظائف
2= ألم يمكن تحمله، ولكنه يمنع من أداء بعض الوظائف
3= ألم لا يمكن تحمله، ولكنه لا يمنع من استعمال الهاتف والاستماع إلى الراديو ومشاهدة التلفيزيون والقراءة
4= ألم لا يمكن تحمله، ويمنع من استعمال الهاتف والاستماع إلى الراديو ومشاهدة التلفيزيون والقراءة
5= ألم لا يمكن تحمله، ويمنع من التواصل اللفظي.

وبالنسبة لسلم قياس الألم الوظيفي، ينبغي على من يقوم بالفحص أن يقدم للمرض شرحاً مفصلاً مفاده أن تحدد الوظيفة لا يتعلق بالتقييم إلا إذا كان ناجماً عن الألم فقط، وأن المعالجة يب أن تستهدف تفريج الألم بأكبر قدر ممكن، وحتى الوصول إلى المستوى الذي يمكن تحمله (0-2). بتصرف عن الجمعية الأمركية لطب الشيوخ، اللجنة المعنية بالألم المزمن لدى كبار السن، تدبير الألم المزمن لدى كبار السن.

Journal of the American Geriatrics Society 46:635-651, 1998; used with permission; from Gloth FM III, Scheve AA, Stober CV, et al: The functional pain scale (FPS): Reliability, validity, and responsiveness in a senior population. Journal of the American Medical Directors Association 2 (3):110-114, 2001; and from Gloth FM III: Assessment. In Handbook of Pain Relief in Older Adults: An Evidence-Based Approach, edited by FM Gloth III. Totowa (NJ), Humana Press, 2003, p. 17; used with permission; copyright © FM Gloth, III, 2000

ملحق (3)

سُلَّم قياس الاكتئاب المصغر للمُسِنّين

تعليمات:	ضع دائرة حول الجواب الذي يصف شعورك خلال الأسبوع الماضي		
	١) هل أنت راضٍ عن حياتك عموماً؟	نعم	**لا**
	٢) هل تركت الكثير من نشاطاتك واهتماماتك؟	**نعم**	لا
	٣) هل تشعر أن حياتك فارغة؟	**نعم**	لا
	٤) هل تشعر بالضجر؟	**نعم**	لا
	٥) هل معنوياتك عالية في أغلب الأوقات؟	نعم	**لا**
	٦) هل تخشى أن شيئاً سيئاً سيحدث لك؟	**نعم**	لا
	٧) هل تشعر بالسعادة أغلب الوقت؟	نعم	**لا**
	٨) هل تشعر أغلب الوقت أنك مغلوب على أمرك؟	**نعم**	لا
	٩) هل تفضل البقاء في البيت على الخروج وقضاء الحاجات؟	**نعم**	لا
	١٠) هل تشعر أن لديك مشاكل في الذاكرة أكثر من أغلب الناس؟	**نعم**	لا
	١١) هل تعتقد أن الحياة رائعة الآن؟	نعم	**لا**
	١٢) هل تشعر بأن لا قيمة لك بوضعك الحالي؟	**نعم**	لا
	١٣) هل تشعر أنك مفعم بالحيوية والنشاط؟	نعم	**لا**
	١٤) هل تشعر أن وضعك ميئوس منه؟	**نعم**	لا
	١٥) هل تعتقد أن أغلب الناس وضعهم أفضل من وضعك؟	**نعم**	لا
	الحرز الإجمالي		

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B., Leirer V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17: 37-49, 1983.

ملحق (4)

أداة منظمة الصحة العالمية لتقدير خطر التعرض للكسر لدى المُسِنّين

WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX)

وهي برنامج حاسوبي وضعته منظمة الصحة العالمية بهدف تقييم خطر حدوث الكسور لدى المرضى. وهذا البرنامج مبني على نماذج فردية للمرضى تجمع بين المخاطر الناتجة عن أمراض أو إصابات إلى جانب الكثافة المعدنية في عظم عنق الفخذ.

الرجاء الإجابة على الأسئلة المذكورة أدناه من اجل حساب احتمال حدوث الكسر خلال عشر سنوات وباستخدام الكثافة المعدنية في العظم.

الاستبيان:

1. العمر أو تاريخ الميلاد
2. الجنس
3. الوزن (كيلو غرام)
4. الطول (سنتي متر)
5. كسور سابقة
6. كسور الورك لدى الأهل
7. التدخين حالياً
8. تعاطي الكورتيزون
9. التهاب المفاصل الروماتويدي
10. هشاشة عظام ثانوية
11. تعاطي الكحول
12. الكثافة المعدنية في عظم عنق الفخذ (غرام/سنتي متر^2)

عوامل خطر التعرض للكسر لدى المُسِنّين:

العمر	يتقبل البرنامج أعماراً بين 40-90 عاماً. وإذا تم إدخال أعمار أقل من 40 أو أكثر من 90 فإن البرنامج سيحسب الاحتمالات على عمر 40 أو عمر 90.
الجنس	ذكر أو أنثى
الوزن	كيلوغرام
الطول	سنتي متر
الكسور السابقة:	وهذا يعني بدقة أكثر "الكسور السابقة في حياة الشخص البالغ والتي حصلت بشكل عفوي" أو "الكسور الناتجة عن رضوض أو جروح يمكن أن لا ينتج عنها كسور لدى الشخص الذي يتمتع بصحة جيدة". والإجابة إما "نعم" وإما "لا" .
كسر في الورك لدى الأهل	وهذا يتطلب مراجعة تاريخ كسور الورك لدى أم المريض أو أبيه. والإجابة إما "نعم" وإما "لا" .
التدخين حالياً	والإجابة إما "نعم" وإما "لا" بناء على التدخين وقت استكمال النموذج.
الكورتيزون	والإجابة "نعم" إذا كان المريض لا يزال يستعمل الكورتيزون بالفم الآن، أو إذا كان قد استعمل بريدنيسولونPrednisolone لأكثر من ثلاثة شهور بجرعة 5 ميلي غرام أو أكثر (أو جرعات مساوية من الأنواع الأخرى للكورتيزون) .

التهاب المفاصل الروماتويدي	والإجابة "نعم" إذا كان هناك تشخيص مؤكد للإصابة ب التهاب المفاصل الروماتويدي لدى المريض. والإجابة "لا" إذا لم يكن.
هشاشة عظام ثانوية	والإجابة "نعم" إذا كان المريض يعاني من اضطراب له علاقة وثيقة بالهشاشة. وهذه تشمل النوع الأول من السكري المعتمد على الأنسولين، وتكوُّن العظام الناقصOsteogenesis imperfecta في البالغين، وفرط نشاط الغدة الدرقية المزمن والغير معالج، وقصور الغدد التناسلية، أو سن الإياس المبكر (أقل من 45 عاماً)، وقلة التغذية المزمنة أو عيب في الامتصاص الغذائي ومرض الكبد المزمن.
تعاطي الكحول	والإجابة "نعم" إذا كان المريض يتعاطى الكحول يومياً.
الكثافة المعدنية للعظم/قياس كتلة كثافة العظم	وتختلف الإجابة باختلاف الجهاز المستعمل لقياس الكثافة المعدنية لعظم عنق الفخذ (غرام/سم^2)، وتترك الإجابة في ما عدا ذلك.

ملاحظات حول عوامل الخطر

الكسور السابقة

هنالك حالة خاصة تتعلق بوجود تاريخ سابق لكسر في الفقرات. يحسب الكسر الذي سجل كملاحظة شعاعية فقط (كسر فقري اكتشف بالصورة الشعاعية) ككسر سابق. أما الكسر السابق الذي ترافق بالأعراض السريرية في الفقرات أو كسر الورك فيعتبران من عوامل الخطر القوية، كما أن نتائج حساب إمكانية حدوث الكسور قد تكون أقل من الواقع مع وجود كسور متعددة.

التدخين والكحول والكورتيزون

تبدو عوامل الخطر هذه وكأن لها تأثيرات تعتمد على الجرعة فكلما ازداد التعرض لها كلما كبر الخطر. مثل هذه الأمور لا تؤخذ بعين الاعتبار لأن حسابات البرنامج تفترض معدلات تعرض معتدلة. لذلك ينبغي اتخاذ قرار طبي عند من يتعاطاها.

التهاب المفاصل الروماتويدي

يعتبر التهاب المفاصل الروماتويدي عامل خطر للكسور، بينما يعتب اعتلال المفاصل التنكسي عاملاً وقائياً. ولهذا السبب لا ينبغي الاعتماد على قول المريض أنه مصاب بالتهاب المفاصل الروماتويدي إلا إذا كان هناك دليل مرضي أو مخبري يدعم مثل هذا التشخيص.

الكثافة المعدنية للعظم

تعتبر قيمة امتصاص العظم لأشعة إكس المضاعفة القوة، أو ديكسا DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) في عنق الفخذ وتعتمد قيمة النتيجة على القيم المرجعية للسيدات في عمر 20-29 سنة وتستعمل نفس القيم المرجعية المطلوبة للرجال.

مصادر استرشادية:

1. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, UK©
2. The WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX®) is available free online at http://www.shef.ac.uk/FRAX/

ملحق (5)

أداة تقييم الحركة لدى المُسِنّين: اختبار النهوض والتحرك

قياس حركة المرضى المُسِنّين القادرين على المشي لوحدهم (ولمن يستعين بأجهزة مساعدة)

- الاسم
- التاريخ
- الوقت الذي استغرقه حتى استكمل القيام .....ثانية

التعليمات

- يمكن للمُسِنّ لبس حذائه المعتاد واستعمال الأجهزة المساعدة التي يستخدمها عادةً.
- يجلس المُسِنّ على كرسي مُسِنّداً ظهره على مُسِنّد الكرسي ويديه على جانبي الكرسي.
- الطلب من المُسِنّ أن يقف ويمشي بعيداً عن الكرسي مسافة ثلاثة أمتار.
- الطلب من المُسِنّ أن يدور إلى الخلف ويمشي عائداً إلى الكرسي ليجلس عليه.
- يبدأ تسجيل الوقت منذ أن يبدأ المُسِنّ بالنهوض من الكرسي حتى يعود إليه ويجلس عليه.
- يجب تدريب المُسِنّ على ذلك وإجراء ثلاث محاولات فعلية وحساب القيمة المتوسطة لها.

النتائج المتوقعة

أقل من 10 ثواني: حركة حرة

أقل من 20 ثواني: اعتماد على الذات جزئياً

20 - 29 ثانية: تحرك متفاوت

أكثر من 30 ثانية: اختلال في الحركة.

مصادر استرشادية:

- Podsiadlo, D., Richardson, S. The timed ‘Up and Go’ Test: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of American Geriatric Society. 1991; 39:142-148

ملحق 6

مقياس الحالة العقلية المختصر

العقلي المصغر

اسم الشخص ____________ عمره ____________________
عدد سنوات المدرسة التي أتمها _____
عامل المريض باحترام وتشجيع. تاريخ الفحص ____________
اسأل: هل عندك أي مشاكل في الذاكرة؟ [ ] نعم [ ] لا
أتسمح لي ببضعة أسئلة حول ذاكرتك؟ [ ] نعم [ ] لا

الحرز	البند
٥ ( )	**التوجه للزمان** اسأل: في أي سنة نحن الآن؟ __________ (١)، في أي فصل؟ __________ (١)، في أي شهر؟ __________ (١)، ما تاريخ (يوم الشهر) اليوم؟ __________ (١)، يوم الأسبوع؟ __________ (١)
٥ ( )	**التوجه للمكان** اسأل: أين نحن؟ في أي ولاية/محافظة __________ (١)، مدينة __________ (١)، منطقة المدينة __________ (١)، بناء __________ (١)، طابق البناء __________ (١).
٣ ( )	**تسجيل الكلمات** قل: اسمع بانتباه. سأقول ثلاث كلمات. عليك أن تكررها بعد أن أتوقف. جاهز؟ ها هي الكلمات: **جمل** (انتظر ثانية واحدة). **ربع** (انتظر ثانية واحدة). **برتقالة** (انتظر ثانية واحدة). ما الكلمات التي قلتها لك؟ __________ (١) __________ (١) __________ (١) سجل نقطة واحدة لكل إجابة صحيحة، ثم كرر الكلمات حتى يحفظها المريض كلها.
٥ ( )	**اختبار سلسلة السبعات للانتباه والحساب** اسأل: اطرح ٧ من ١٠٠، ثم اطرح ٧ من الباقي، وكرر العملية حتى أطلب منك التوقف. مئة ناقص سبعة؟ ________ (١) قل: تابع. __________ (١)، __________ (١)، __________ (١)، __________ (١).
٣ ( )	**تذكر الكلمات الثلاث** اسأل: ما هي الكلمات الثلاث التي طلبت منك أن تتذكرها؟ نقطة واحدة لكل إجابة صحيحة. ________ (١)، __________ (١)، __________ (١).
٢ ( )	**التسمية** اسأل: ما هذا؟ (اعرض قلما) __________ (١)، ما هذا؟ (اعرض ساعة) __________ (١).
١ ( )	**التكرار** قل: سأطلب منك الآن أن تعيد ورائي ما أقول. جاهز؟ «بلا إذا ولا لكن ولا أو». كررها ورائي الآن.

( ) ٣	**الفهم** قل: اسمع بانتباه، سأطلب منك أن تفعل شيئاً: خذ هذه الورقة بيدك اليسرى (١)، اطوها بالنصف (١)، ثم ضعها على الأرض (١).
( ) ١	**القراءة** قل: اقرأ ما يلي وافعل المكتوب دون أن تقول ذلك جهراً (١). **أغمض عينيك.**
( ) ١	**الكتابة** قل: اكتب جملة مفيدة. إن لم يستجب المريض، قل: اكتب عن الطقس. (١) ____________________ ____________________
( ) ١	**الرسم** قل: انسخ هذا الشكل. الحرز الإجمالي __________ (*)

* الحرز:

٢٧–٣٠	طبيعي
٢٠–٢٦	خلل طفيف
١٠–١٩	خلل معتدل
أقل من ١٠	خلل وخيم
في حال الحرز أقل من ٢٧	املأ استمارة تقييم فقد الذاكرة (الأداة ٣) واتبع المخطط التدفقي لتدبير فقد الذاكرة.

المصدر:

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. Mini-Mental Test: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res.*, 1975; 12: 189-198.

ملحق (7)

أداة التقييم التغذوي المختصر

Nestlé Nutrition INSTITUTE

"تقييم التغذية المصغر"

Mini Nutritional Assessment-Short Form
MNA®

أسم العائلة: الاسم الأول:

الجنس: العمر: الوزن(كجم): الطول(سم): التاريخ:

أكمل المسح الأولى بملأ المربعات بالأرقام (النقاط) المناسبة. اجمع النقاط للحصول على المجموع النهائي للنقاط المحرزة لهذا المسح.

المسح الأولى

A أ. هل نقص تناول الطعام خلال الثلاثة أشهر الماضية نتيجة لفقدان الشهية أو مشاكل في الهضم أو صعوبات في المضغ أو البلع؟
0= فقدان شديد للشهية
1= فقدان متوسط للشهية
2= لا يوجد فقدان الشهية

B ب. مدى فقدان الوزن خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة
0= فقدان الوزن أكثر من 3 كجم
1= غير معروف
2 = فقدان الوزن من 1 إلى 3 كجم
3= لا يوجد فقدان في الوزن

C ج. القدرة على الحركة
0= ملازم للفراش أو الكرسي
1 = قادر على القيام من الفراش / الكرسي ولكنه غير قادر على مغادرة المنزل
2 = يغادر المنزل

D د. أي إصابة بضغط نفسي أو مرض حاد في الأشهر الثلاثة الماضية
0= نعم 2= لا.

E ه. أي إصابات عصبية ونفسية
0= خرف شيخوخة شديد أو إكتئاب
1= خرف شيخوخة خفيف (معتدل)
2 = غير مصاب بأمراض

F1 و. معدل كتلة الجسم[(الوزن بالكيلوجرام) ÷ (الطول بالمتر²)]
0= معدل كتلة الجسم أقل من 19
1 = معدل كتلة الجسم من 19إلى أقل من 21
2 = معدل كتلة الجسم من 21 إلى أقل من 23
3 = معدل كتلة الجسم أكثر من أو يساوى 23

اذا تعذر حساب معامل كتلة الجسم , استبدل السؤال و-1 بالسؤال و-2.
لا تجب عن السؤال و-2 اذا تمت الاجابة على السؤال و-1.

F2 و. محيط كتلة (بطة) الساق (بالسنتيمتر)
0 = أقل من 31 سم
1 = 31 سم أو أكثر

مجموع النقاط المحرزة في المسح الأولي (الحد الأقصى 14نقطة)

12- 14 نقطة : الحالة الغذائية طبيعية.
8-11 نقطة : معرض لخطر سوء تغذية.
0- 9 نقطة: حالة سوء تغذية.

من أجل تقييم اشمل. أكمل" تقييم التغذية المصغر " النسخة الكاملة والتى تتوفر على الموقع الالكترونى www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

لمزيد من المعلومات : www.mna-elderly.com

Abd-Al-Atty MF. Prevalence of malnutrition in recently hospitalized elderly in Cairo using a valid and reliable short form of Arabic version of Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF-A) Middle East Journal of Age and Ageing (MEJAA), Volume 9, No. 42012

ملحق 8

سُلَّم كاتز الخاص بأنشطة الحياة اليومية

الأنشطة النقاط (من صفر إلى ست)	الاستقلال (نقطة واحدة) لا يحتاج إلى إشراف أو توجيه أو مساعدة شخصية	الاعتماد (صفر نقاط) يحتاج إلى إشراف أو توجيه أو مساعدة شخصية أو عناية كاملة
الاستحمام النقاط ____	(نقطة واحدة) يستحم بنفسه بالكامل، أو يحتاج إلى مساعدة فقط لغسل جزء واحد من الجسم مثل الظهر أو المنطقة التناسلية أو العضو العاجز	(صفر) يحتاج إلى مساعدة لغسل أكثر من جزء واحد من الجسم، أو الدخول إلى الحمام أو الدوش أو الخروج منه، أو يحتاج إلى أن يقوم شخص آخر بغسله.
ارتداء الملابس النقاط ____	(نقطة واحدة) يخرج الملابس من الخزائن والأدراج ويلبس الملابس الداخلية والخارجية، ويزررها. يمكن أن يحتاج إلى مساعدة في ارتداء الحذاء.	(صفر) يحتاج إلى مساعدة في ارتداء الملابس أو يجب أن يقوم شخص آخر بتلبيسه.
المرحاض النقاط ____	(نقطة واحدة) يذهب إلى المرحاض فيستطيع دخوله والخروج منه، ويرتب ملابسه وينظف المنطقة التناسلية بلا مساعدة.	(صفر) يحتاج إلى مساعدة لنقله إلى المرحاض أو تنظيفه، أو يستخدم المبولة أو النونية.
التنقل النقاط ____	(نقطة واحدة) ينهض من الكرسي ويجلس عليه بلا مساعدة. من المقبول أن يستخدم أدوات مساعدة في التنقل.	(صفر) يحتاج إلى مساعدة في الانتقال من الفراش إلى الكرسي أو لديه حاجة مطلقة إلى أن ينقله آخرون.
الحصر النقاط ____	(نقطة واحدة) يسيطر تماماً على التبول والتغوط.	(صفر) لديه سلس بول أو براز جزئي أو كامل.
الإطعام النقاط ____	(نقطة واحدة) ينقل الطعام من الصحن إلى الفم بلا مساعدة. يمكن أن يجري تحضير الطعام من قبل شخص آخر.	(صفر) يحتاج إلى مساعدة جزئية أو كاملة في الإطعام، أو يحتاج إلى إطعام عن طريق الوريد.

مجموع النقاط = ____________ ؛ ٦ = عال (المريض مستقل) الصفر = منخفض (المريض معتمد جداً)

المصدر:

Katz S., Down T.D., Cash H.R., Grotz R.C. Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 1970; 10(1):20-30.

ملحق 9

مقياس الأنشطة الآلية اليومية

تأكد من أنك قرأت للشخص المستجوب جميع اختيارات الردود على الأسئلة

هل تستطيع استخدام الهاتف؟

- دون مساعدة بما في ذلك البحث عن الأرقام وإدراة القرص
- بشيء من المساعدة (يمكنك أن ترد على الهاتف أو تتصل بعامل الهاتف المركزي في حالة الطوارئ، ولكنك تحتاج إلى جهاز من نوع خاص أو إلى المساعدة في الحصول على الرقم وإدارة القرص)
- لا تستطيع استخدام الهاتف أبداً
- لا إجابة

هل تستطيع الذهاب إلى أماكن تتطلب أكثر من السير على الأقدام؟

- دون مساعدة (يمكنك استخدام الحافلات أو سيارات الأجرة أو قيادة سيارتك بنفسك)
- بشيء من المساعدة (تحتاج لمساعدة من أحد الأشخاص أو لمرافقة هذا الشخص لك في السفر)
- لا تستطيع السفر إلا باتخاذ ترتيبات الطوارئ بالنسبة لوسيلة التنقل الخاصة مثل سيارة الإسعاف.
- لا إجابة

هل يمكنك الذهاب لشراء الحاجيات من مواد البقالة أو الملابس (بافتراض وجود وسيلة للتنقل)؟

- دون مساعدة (القيام بجميع الترتيبات الخاصة بالشراء بافتراض وجود وسيلة لديك للتنقل)
- بشيء من المساعدة (تحتاج لشخص يرافقك عند شراء جميع حاجياتك)
- لا تستطيع شراء حاجياتك أبداً
- لا إجابة

هل تستطيع إعداد وجباتك الغذائية؟

- دون مساعدة (تحضّر وتطبخ وجباتك بنفسك)
- بشيء من المساعدة (يمكنك أن تحضّر بعض الأشياء ولكنك لا تستطيع أن تقوم بطبخ الوجبات الكاملة بنفسك)
- لا تستطيع إعداد أي وجبة أبداً
- لا إجابة

هل يمكن القيام بأعمالك المنزلية؟

- دون مساعدة (يمكن أن تنظف الأرضية ...إلخ)
- بشيء من المساعدة (تستطيع القيام ببعض الأعمال المنزلية الخفيفة ولكنك تحتاج إلى المساعدة في القيام بالأعمال الثقيلة)
- لا تستطيع القيام بأية أعمال منزلية أبداً
- لا إجابة

هل **تستطيع** تناول دوائك بنفسك؟

- دون مساعدة (بالجرعات المحددة وفي الأوقات المحددة)
- بشيء من المساعدة (يمكن أن تتناول الدواء إذا أعده لك أحد و/أو ذكّرك بتناوله)
- لا تستطيع تناول أدويتك أبداً
- لا إجابة

هل يمكنك التصرف في أموالك الخاصة؟

- دون مساعدة (تحرير الشيكات المصرفية وتسديد الفواتير...إلخ)
- بشيء من المساعدة (تستطيع التصرف في مسائل الشراء اليومية ولكنك تحتاج إلى المساعدة في تحرير الشيكات وتسديد الفواتير)
- لا تستطيع التصرف في أموالك أبداً
- لا إجابة

المرجع:

رفاهة المُسِنّين: مناهج للتقدير المتعدد الأبعاد

جيردا ج. فيلنباوم

مطبوعات منظمة الصحة العالمية - جنيف - 1984

ردمك: 97892467008

ملحق 10

نموذج التقييم الصحي الشامل للمُسِنّين

التاريخ المرضي						
البيانات الشخصية	الاسم	السن	الحالة الاجتماعية	الوظيفة		الدخل
	السكن	ظروف المعيشة	التدخين	عادات أخرى		
الشكوى	1	2	3	4		الراوي
التاريخ المرضي السابق	أمراض مزمنة					
	سكري	ارتفاع ضغط الدم	أمراض القلب	أمراض الجهاز التنفسي		أمراض الجهاز الهضمي
	أمراض الجهاز العصبي		أمراض العظام والمفاصل			أمراض الكلية وجهاز البول
	أمراض نفسية	أورام	السقوط المتكرر		أمراض أخرى	
	عمليات جراحية					
	حجز بالمستشفى	حوادث	ضعف بالحواس	اضطرابات النوم		التسلية
	الأدوية:					
	وسائل تعزيز الصحة	كشف دوري روتيني	برامج تشخيص مبكر	رياضة	تغذية سليمة	تطعيم باللقاحات
التاريخ المرضي الحالي	تحليل الشكوى:					
	استبيان حول أجهزة الجسم الأخرى:					
الفحص العام	المظهر العام	منسب كتلة الجسم	علامات الشحوب	يرقان	زرقة	علامات سوء معاملة
	النبض	الضغط	درجة الحرارة	الجلد		الفم والأسنان
	فحص الذراع	الساق	الثدي	الفحص الشرجي		الفحص المهبلي
فحص القلب						
فحص الرئتين						
فحص البطن						
فحص الجهاز العصبي						
فحص المفاصل						
فحص الحالة النفسية						
مقياس الاكتئاب						
أنشطة الحياة اليومية						
أنشطة الحياة اليومية التي تحتاج لمهارات						
الأداء الحركي						

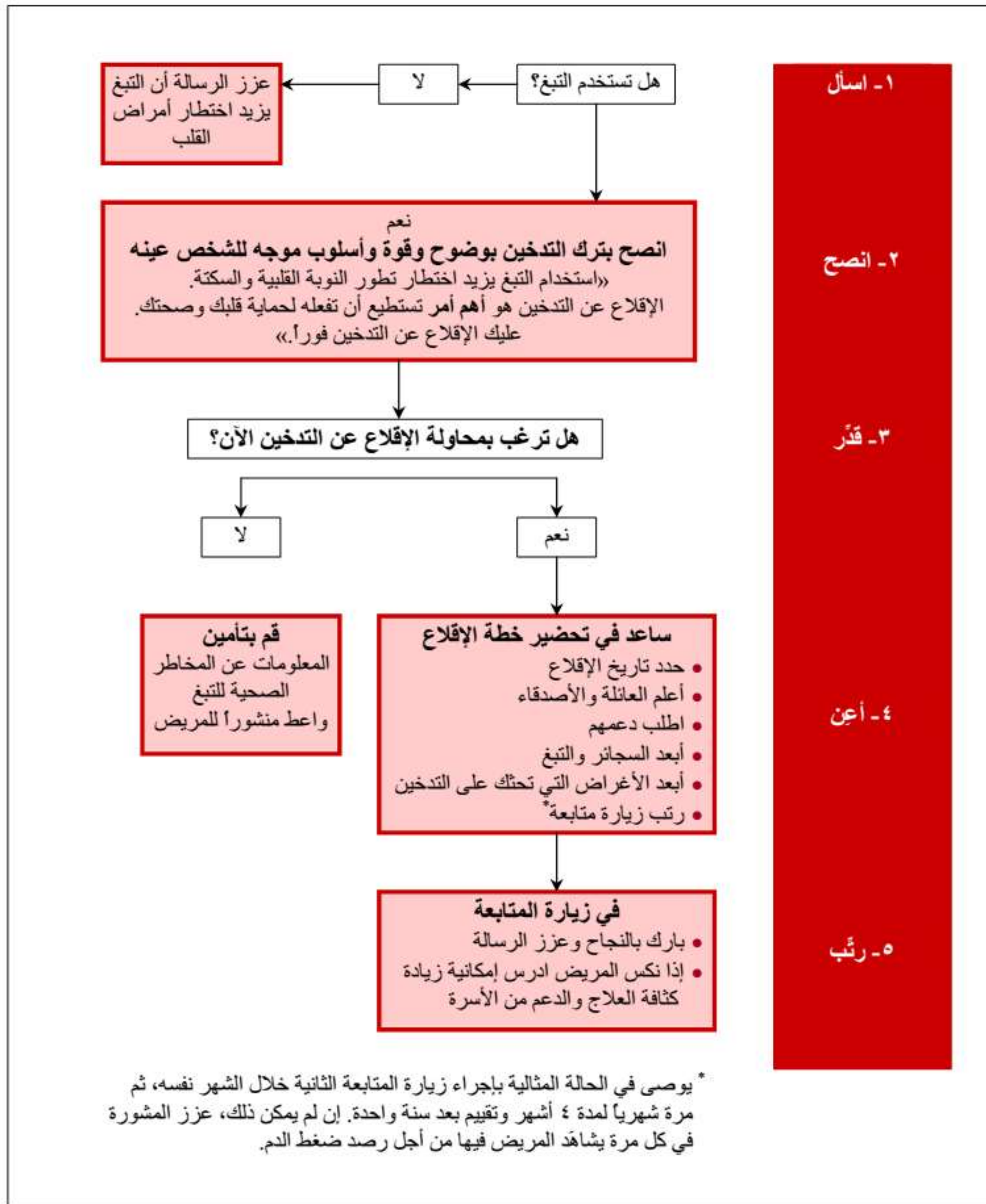
تقييم الحالة الغذائية	
أفراد الفريق	
الاختصاصي الاجتماعي	
الاختصاصي النفسي	
الصيدلي	
اختصاصي التغذية	
إنهاك القائمين على رعاية المُسِنّ	
قائمة المشكلات	
1	
2	
3	
4	
الفحوصات اللازمة	

خطة العلاج
خطة المتابعة

توقيع الطبيب: التاريخ:

ملحق 11

المشورة السريرية (الإكلينيكية) للإقلاع عن التدخين



المصدر:

WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings, World Health Organization, 2002.

ملحق 12

الدليل العملي لمراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين: معايير تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

مقدمة

العناصر الأساسية في التقييم

الجزء الأول: مقومات مراكز الرعاية الصحية الأولية المُسِنّين:

1-التصميمات المناسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين
2- الموارد البشرية أو فريق العمل بالمركز
3- الخدمات التي يقدمها مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين
4- حجز المواعيد الطبية
5- مسار زيارة المريض للمركز
6- نظم الإحالة الصحية
7- السجلات الطبية
8- التكلفة العلاجية
9- الأخلاقيات والتشريعات في رعاية المُسِنّين
10- التثقيف الصحي

الجزء الثاني: تطوير الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:

11- التعليم الطبي المستمر
12- الإعلان والتعريف بالخدمة
13- الدعم الاجتماعي للمُسِنّين وللقائمين على رعايتهم

إعداد: الأستاذة الدكتورة سارة أحمد حمزة، الدكتورة وفاء مصطفى عبد الجواد، الدكتورة ضحى رشيدي علي

المقدمة

يعد الدليل العملي لمراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين دليلاً استرشادياً لكل من القائمين على تقديم الرعاية الصحية وأصحاب القرار حول إنشاء مؤسسات الرعاية الصحية وآلية تنفيذ الخدمة وضمان تقديمها بالصورة المثلى، وضمان استمرارية تقديم الخدمة والتطوير المستمر لها.

و يشمل الدليل أيضا الخصائص النموذجية للمكان، والمتطلبات الواجب توافرها في فريق العمل لضمان تحقيق رسالة وأهداف الخدمة وآلية التطوير على المستوى العلمي، بالإضافة إلى التجهيزات الطبية التي ترفع من مستوى الأداء.

و يوضح الدليل الخطوط العريضة لنظام العمل وأخلاقيات الممارسة الطبية الواجب الالتزام بها في تقديم الخدمة لكبار السن.

و قد أُلْحِق بكل فصل استمارة تتضمن الخصائص المطلوب توافرها في كل محور من محاور تنفيذ الخدمة على مستوى البنية التحتية والموارد البشرية والأداء المهني.

و ما نأمله من هذا الدليل هو أن يكون عوناً لتعميم مفاهيم الرعاية الصحية الأولية لكبار السن وتقديمها بالطريقة المناسبة لأوسع قاعدة من المُسِنّين.

و تتميز الخصائص والتعليمات المدرجة في الدليل ببساطة التطبيق والتنفيذ، بالإضافة إلى ما تضيفه من ارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدم بالفعل ولكنها تحتاج إلى بعض التطوير وإلى الالتزام بمعايير محددة.

ونأمل أن يكون في هذا العمل عون لمقدمي الرعاية لتحقيق شعار" الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين ".

1. التصميمات المناسبة للأبنية في مراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

إن مراكز الرعاية الصحية الأولية من المنشئات البالغة الأهمية التي تقدم الخدمات والرعاية للمُسِنّيْن، ولكن يغلب أن يكون هناك درجة من النقص في الوعي حول خصوصية التصميمات المعمارية الخاصة ببعض فئات المُسِنّين والتي يجب مراعاتها عند وضع هذه التصميمات.

تمثل التصميمات المراعية للمُسِنّين تحدياً حقيقياً للمصممين، لأن المُسِنّيْن مجموعة غير متجانسة، فمنهم المستقل الذي يعتمد على نفسه اعتماداً تاماً، ومنهم من يستخدم الأجهزة المساعدة بكافة أنواعها، وخاصة المتحركة. كما يمثل نقص أعداد المراكز التي تقدم الرعاية الصحية الأولية، وعدم توزيعها توزيعاً جغرافياً يلائم أعداد المُسِنّين ويلبي احتياجاتهم عائقاً حقيقياً في وجه عدالة إيصال الخدمات لمن يستحقها منهم.

متطلبات عامة:

- يجب توفير عدد كاف من مراكز الرعاية الصحية الأولية والموزعة توزيعاً جغرافياً يلائم أعداد المُسِنّين ويلبي احتياجاتهم في كل مكان.
- توفير التصميمات المراعية للمُسِنّين والملائمة لجميع فئاتهم الغير متجانسة.
- يفضل أن تكون منشآت الرعاية الصحية الأولية دومًا من دور أو من طابق واحد.
- سهولة الوصول إليه من خلال المواصلات العامة.

متطلبات في المساحات الخارجية المحيطة:

- توفير اللافتات والعلامات الإرشادية في الطرق التي توصل إليها للإشارة إلى مكانها.
- تخصيص أماكن لانتظار المعاقين مع استعمال الرمز العالمي للإعاقة.
- تفادي معوقات الحركة مثل الأعمدة البارزة واللافتات القصيرة أو أحواض الزهور قدر المستطاع.

متطلبات المباني العامة:

- يجب مراعاة وجود مسافة كافية لمرور كرسيين متحركين قدر المستطاع.
- يجب استخدام المسارات المنحدرة بدل الأدراج والسلالم، على أن تكون سهلة الاستخدام للمعاقين عند اختلاف مستوى المسارات.
- يجب استخدام الأدراج أو السلالم المناسبة وأن تكون مزوَّدة بحوافي جانبية بارزة (لحماية العصا من الانزلاق) مع وجود ألوان وامضة وساطعة عند حوافي السلالم يكون من السهل التعرف عليها .
- في حال وجود طابقين أو أكثر في مركز الرعاية الصحية الأولية يجب تجهيزه بمصاعد كهربية.
- وضع المساند الجانبية في الممرات والحوائط والحمامات.
- يفضل استخدام إنذار الحرائق وتحاشى تواجد أي مواد قابلة للاحتراق داخل المبنى، مع مراعاة وسائل الأمان المناسبة.
- التأكد من وجود إضاءة وتهوية كافية خصوصاً في الممرات وعند الأبواب والحمامات.

التشطيبات الداخلية:

- الأرضية مستوية ومانعة للانزلاق وغير ملساء، ولا يكون بها بروزات أو انخفاضات أو أسلاك، مع إزالة كل العتبات.
- يجب ترتيب الغرف بطريقة تسهل على المريض الكبير السن الحصول على الخدمة دون تعب أو حركة.
- مراعاة أن يكون مكتب الاستقبال قريباً من المدخل لسهولة التعرف عليه .
- يجب أن تكون تجهيزات الجلوس مريحة بدرجة كافية، بحيث يكون لها مساند قوية ومساند ظهر عالية بدرجة كافية لدعم العمود الفقري.
- تجهيز المقاعد أو الوسائل المساعدة المتحركة الأخرى للمعاقين أو الاستعانة بمرافق مساعدة عند الحاجة في القاعات المختلفة.

التجهيزات الصحية:

- تعتبر دورات المياه من أهم الأماكن في أي مركز رعاية صحية أولية لكنها تكون في الغالب مهملة.
- مراعاة قرب دورات المياه من صالة الانتظار.
- الأحواض أو المغاسل فيها مثبتة جيداً بحيث يمكن استعمالها للارتكاز عليها، ومقابض خلاطات المياه سهلة الاستخدام .
- يفضل أن يكون في دورات المياه وسيلة إنذار مثل الجرس للاستخدام في حالات الطوارئ.
- المرحاض له مقعد وحوض وله مُسِنّد خلفي وليس حفرة .
- تستعمل مساند أفقية في الحمام تتحمل وزن 150 كجم.

غرفة الفحص

- يجب أن تكون حجرة الفحص واسعة بدرجة كافية لتتسع للكرسي المتحرك ذي العجلات الواسعة وتحريكه فيها ولكرسي بدون عجلات.
- يجب أن تكون الغرفة دافئة.
- خصوصية الكشف: يجب ستر المريض عن أعين الناس أثناء الفحص، سواء بإغلاق الباب، أو في حالة عدم وجوده، يجب توفير ستارة أو حاجز.

اللافتات والعلامات الإرشادية:

- وضع جميع العلامات في مستوى العين.
- يجب أن تكون الحروف كبيرة بدرجة كافية لتميزها، وألا تكون مكتظة فوق بعضها البعض، وأن تكون ألوانها واضحة.

المراجع:

- م/ميادة معروف الخولي: "احتياجات الرعاية الصحية للمُسِنِّيْن في المستشفيات والمؤسسات الصحية"، رسالة ماجستير منشورة، كلية الهندسة، جامعة القاهرة، يناير 2011م.
- الكود المصري لتصميم المساحات الخارجية والمباني لاستخدام المعاقين – مركز بحوث الإسكان والبناء – القاهرة 2003
- الكود العربية لمتطلبات البناء لذوي الاحتياجات الخاصة – مجلس وزراء الإسكان والتعمير العرب - 2010
- مختار الشيباني: المعايير التصميمية للمعوقين حركياً في البيئة العمرانية – جدة 1994
- أحمد شوقي محمدين وعماد حسن صيام وعزت حجازي: المواصفات القياسية في رعاية المُسِنّين – مركز البحوث الاجتماعية والجنائية - القاهرة 2010
- معايير الأمم المتحدة للتصميم المراعي والصديق للمُسِنّين

Accessibility for the Disabled: A Design Manual for a Barrier Free Environment - Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA) - United Nations, 2003-04

استمارة التصميمات المناسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

التجهيزات الإجبارية التي يجب توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

	مطابق كلياً	مطابق نسبياً	غير مطابق	التعديلات المقترحة	ملاحظات
• سهولة الوصول إليه من خلال المواصلات العامة.					
متطلبات المساحات الخارجية: • اللافتات والعلامات الإرشادية في طرق المرور للإشارة إلى مكان المركز.					
• وجود أماكن لانتظار المعاقين مع استعمال الرمز العالمي للإعاقة.					
• عدم وجود معوقات للحركة مثل الأعمدة البارزة واللافتات القصيرة أو أحواض الزهور قدر المستطاع.					
متطلبات المباني العامة: • في حال وجود طابقين أو أكثر في مركز الرعاية الصحية الأولية يجب توفير مصاعد كهربية.					
• مراعاة وجود مسافة كافية لمرور كرسيين متحركين قدر المستطاع.					
• استخدام المسارات المنحدرة وتكون سهلة الاستخدام للمعاقين عند اختلاف مستوى المسارات.					
• استخدام السلالم المناسبة وتزويدها بحوافي جانبية بارزة (لحماية العصا من الانزلاق) مع وجود ألوان وامضة ساطعة عند حوافي السلالم يكون من السهل التعرف عليها.					
• وضع المساند الجانبية في الممرات والحوائط والحمامات.					
• وجود إضاءة وتهوية كافية خصوصاً في الممرات وعند الأبواب والحمامات.					
التشطيبات الداخلية: • الغرف مرتبة بطريقة تسهل على المريض الكبير السن الحصول على الخدمة دون تعب أو حركة.					
• الأرضية مستوية ومانعة للانزلاق وغير ملساء وليس بها بروزات أو انخفاضات أو أسلاك مع إزالة كل العتبات.					
• تجهيز مقاعد للمعاقين أو الوسائل المساعدة المتحركة الأخرى والاستعانة بمرافق عند الحاجة في القاعات المختلفة.					
• تجهيزات الجلوس مريحة بدرجة كافية، ولها مساند قوية ومساند ظهر عالية بدرجة كافية.					
التجهيزات الصحية: • مراعاة قرب دورات المياه من صالة الانتظار.					
• المراحيض ذات مقعد وحوض "إفرنجية" ولها مُسِنّد خلفي					
• الأحواض أو المغاسل مثبتة جيدا لاستعمالها للارتكاز ومزودة بمقابض لخلاط المياه سهل الاستخدام.					
• وجود مساند أفقية في الحمام تتحمل وزن 150 كجم.					

غرفة الفحص • حجـرة الفحـص دافئـة وواسـعة بدرجـة كافيـة لتسع للكرسي المتحرك					
• خصوصية الكشف: ستر المريض عن أعين الناس أثناء الفحص سواء كان ذلك بإغلاق الباب، أو في حالة عدم وجوده، يجب توفير ستارة أو حاجز.					
اللافتات والعلامات الإرشادية: • وضع جميع العلامات في مستوى العين وأن تكون بحروف كبيرة بدرجة كافية وألا تكون مكتظة فوق بعضها البعض.					
• يجب أن تكون الحروف والرموز بألوان جاذبة للانتباه.					

التجهيزات التي يفضل توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

	مطابق كلياً	مطابق نسبياً	غير مطابق	التعديلات المقترحة	ملاحظات
متطلبات عامة: • وجود عدد كاف من مراكز الرعاية الصحية الأولية الموزعة توزيعاً جغرافياً يلائم أعداد واحتياجات المُسِنّين في كل مكان.					
• مرافق الرعاية الصحية الأولية مكونة من طابق واحد.					
متطلبات المباني العامة:					
• استخدام إنذار الحرائق وعدم وجود أي مواد قابلة للاحتراق داخل المبنى.					
التشطيبات الداخلية:					
• مكتب الاستقبال قريب من المدخل.					
التجهيزات الصحية:					
• وجود وسيلة إنذار مثل الجرس للاستخدام في حالات الطوارئ.					
غرفة الفحص					
• مزودة بكرسي له عجلات واسعة ويمكن تحريكه وكرسي بدون عجلات.					

الموارد البشرية (فريق العمل) بالمركز

لابد أن يؤمن مركز الرعاية الصحية الأولية خدمة صحية متكاملة لمن يزوره من المُسِنّيْن من خلال فريق متعدد الاختصاصات يعمل أفراده سويًا، وبشكل جماعي، لوضع الأهداف وتطويرها، ووضع خطط تقديم الخدمات للمرضى ترتكز على الخصائص الفريدة لكل مُسِنّ من المُسِنّين وعلى احتياجاته.

ولا يشترط أن يكون كل أعضاء الفريق موجودين بالمركز، فهناك أعضاء أساسيون لا بدّ أن يكونوا في المكان، وهناك أعضاء آخرون يمكن الاستعانة بهم لتلبية احتياجات كل مريض على حدة، ويتم الاتصال بهم بناءً على طلب المريض من خلال مكتب التسجيل عند تحديد الموعد أو بناء على توجيهات الأطباء بعد الزيارة الاولى.

جدول التوصيف الوظيفي لأفراد الفريق الذي يقدم الرعاية الصحية الأولية

الأعضاء الأساسيون:

رئيس الفريق: (مدير مؤسسة الرعاية الصحية الأولية)		طبيب متخصص في الأمراض الباطنية أو في طب الأسرة بالإضافة إلى شهادة تخصص في الإدارة أو خبرة لا تقل عن سنتين في مجال إدارة المنشآت الطبية
الهيئة الطبية		أطباء(ممارس للطب العام أو لطب الأسرة) من الحاصلين على تدريب في طب المُسِنّين يقوم بالتقييم الطبي والجراحي والإشراف على الهيئة التمريضية ووضع الخطة العلاجية والتواصل مع المريض أو الراعي لإشراكهم في الخطة العلاجية.
الهيئة التمريضية	ممرضة الرعاية	من حاملي درجة البكالوريوس وحاملي ترخيص مزاولة الرعاية التمريضية وخبرة في الرعاية التمريضية للمُسِنّين تقوم :بالتقييم التمريضي للمريض ويشمل: تاريخ أو سوابق الكشف الدوري وبرامج التطعيم المختلفة، الكشف المبكر عن ضعف السمع وضعف الإبصار، تطبيق مقياس تقييم الأداء الوظيفي في أنشطة الحياة اليومية، تقييم نقص الوزن، تقييم القدرة على رعاية النفس، تقييم الألم، تقييم جودة النوم. الالتزام بخطة الرعاية الموضوعة، وتعليم المُسِنّ سبل الرعاية الشخصية
	ممرضة المكتب	• حلقة الوصل بين أعضاء الفريق والمريض وأسرته للإسراع في تبادل المعلومات. • تحافظ على تواصل هاتفي منتظم مع المريض أو الأسرة وتساعدهم في الحصول على الخدمات من الوكالات المحلية
الاختصاصي بالخدمات الاجتماعية		• التقييم الاجتماعي ويشمل: تدابير المعيشة والدخل والحالة الوظيفية وحالة القائمين على رعاية المُسِنّين والجهد الذي ينبغي عليهم أن يبذلوه، والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للمُسِنّ، والأنشطة المجتمعية للمُسِنّ والشبكة الاجتماعية (أقارب وأصدقاء)، والكشف عن تعرض المُسِنّ للإهمال أو للاعتداء. • مقابلة الأسرة ومساعدتها في تخفيف عبء رعاية المُسِنّ وتعريفها بمصادر الرعاية المجتمعية المختلفة. • محاولة حل المشكلات الناجمة عن قلة الموارد الاجتماعية أو المالية.
الصيدلي		• وهو المسؤول عن بدء وتعديل ومتابعة العلاج الدوائي بإجراء التحاليل المعملية اللازمة، وتقييم استجابة المريض للأدوية، ومراقبة حدوث الأعراض الجانبية. • التثقيف الصحي للمُسِنّ بخصوص العلاج الدوائي والجرعات اللازمة والأعراض الجانبية. • تسجيل الأدوية التي تسبب حساسية للمُسِنّ، والأدوية المحظورة عليه، أو التي تتعارض مع غيرها، في ملف المريض. • توفيق جرعات العلاج وفقاً لوظائف الكلى او الكبد. • الاستعلام عن استعمال أدوية خارج الوصفة الطبية أو أعشاب • تحديد مدى التزام المريض بالعلاج الدوائي .

أعضاء الفريق الذين يمكن الاستعانة بهم لتلبية احتياجات كل مريض على حدة:

الاختصاصي بالأمراض النفسية		تقييم مشاكل الذاكرة واضطرابات الحالة المزاجية والسلوك
التأهيل	الاختصاصي في التأهيل المعرفي واللفظي	تقييم وعلاج اضطرابات اللغة والكلام، وتقييم وعلاج اضطرابات البلع.
	الاختصاصي في التأهيل البدني	فحص وعلاج أمراض العضلات والعظام، والمشاكل العصبية والعضلية التي تؤثر على الحركة وعلى أداء الوظائف.
	اختصاصي المعالجة الوظيفية	استخدام العلاج الوظيفي لمساعدة الأفراد على تحقيق الاعتماد على الذات والاستقلال، وتحسين أنشطة الحياة اليومية؛ والتقييم البيئي والتوصية باستخدام المعدّات التي تساعد على التكيُّف.
الاختصاصي بالتغذية		تقييم الحالة الغذائية للمُسِنّ وتوعيته وتثقيفه صحياً، وخاصة في مجال التعريف بأسلوب الغذاء الصحي المتوازن، ويمكن ان تقوم ممرضة الرعاية الطبية المدربة بهذا الدور.
الاختصاصي بالتثقيف الصحي		يمكن أن يقوم بالتثقيف الصحي أي عضو من الفريق، شريطة أن يكون لديه المعلومات الصحية الصحيحة التي اكتسبها من خلال التدريب وأن يكون لديه المهارة اللازمة لإيصال المعلومات، ويتلخص دوره في: - التعرف على مشاكل واحتياجات المرضى المُسِنّين المستهدفين - القضاء على المفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض. - نشر المعلومة الصحية السليمة . - اختيار الأسلوب الملائم والسهل الاستيعاب لنشر الوعي الصحي - توفير التثقيف الصحي الذي يستند على التجارب التعليمية لتحفيز تغيير السلوك لدى المُسِنّين - تمكين المرضى المُسِنّين ومن يقوم على رعايتهم من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم.
الزائر المنزلي (قد يقدم الخدمة الطبيب الممارس العام أو طبيب الأسرة أو طبيب المجتمع، أو ممرّض متدرب أو اختصاصي في العلاج الطبيعي تلبية لاحتياجات المريض المُسِنّ)		- تقديم رعاية صحية للمرضى المُسِنّين في منازلهم دون الحاجة لإدخالهم إلى المستشفيات - الإقلال من مراجعة المرضى للمستشفيات وأقسام الطوارئ للحصول على خدمة طبية يمكن تنفيذها في منزل المريض المُسِنّ - توفير الأجهزة المساعدة حسب الحالات المرضية مثل أجهزة الاوكسجين والكراسي المتحركة والأَسِرَّة الطبية - توفير الخدمات المساندة للمرضى وأسرهم مثل تسهيل مواعيد زيارة الطبيب وأخذ عينات الدم لفحصها في المختبر عند اللزوم وإعطاء التطعيمات
المسعفون (وهم الذين يقدمون الإسعافات الأولية والعناية بالمصاب أو من تعرض لحالة مرضية مفاجئة، شريطة أن يكون مؤهلاً للقيام بهذا العمل بحصوله على التدريب المناسب بالمراكز الصحية المتخصصة ولديه المعلومات التي تمكنه من تقديم الإسعافات الأولية للمصاب أو المريض بشكل صحيح لإنقاذ حياته.		- تقييم وتشخيص صحيح وسريع للحالات الحرجة بالاعتماد على وصف الأعراض وقياس العلامات الحيوية مع فحص المريض بالكامل. - تقديم المعالجة الفورية المناسبة للإصابة أو للمرض. - نقل المصاب إلى المستشفى أو المركز الصحي حسب خطورة الحالة.

ويتم تجميع استمارات التقييم التي أعدها جميع أعضاء الفريق في استمارة التقييم الشامل للمُسِنّ.

أعداد الفريق العامل بالمؤسسة

يجب أن تكون أعداد الفريق العامل بمؤسسة الرعاية الصحية للمُسِنّين متناسبة مع عدد المرضى الذين يستفيدون من خدماتها.

تقييم الفريق العامل بالمؤسسة

تقييم دوري للأداء الوظيفي المعتمد ولبرنامج التعليم الطبي المستمر للفريق العامل بالمؤسسة لضمان جودة الخدمة التي يقدمونها في الرعاية الصحية الأولية. كما يجب إجراء تقييم منهجي للأداء الجماعي للفريق وتحديد المجالات التي يمكن من خلالاها تطوير هذا الأداء.

التواصل بين أعضاء الفريق: يتواصل أفراد فريق العمل بشكل دوري بهدف تنسيق الخدمات وتوزيع الأدوار والمهام والمسؤوليات من خلال وسائل اتصال مختلفة منها:

- ممرضة المكتب
- عقد الاجتماعات الرسمية الأسبوعية أو الشهرية)
- الوصول المشترك إلى قاعدة البيانات الخاصة بالمريض وخطة معالجته.

المراجع الاسترشادية:

- Andreas E Stuck,A.E & Iliffe, S(2011):Comprehensive geriatric assessment for older adults.BMJ: 343; 1029-1030.
- Ward, K. T. & Reuben, D.B. (2011): Comprehensive geriatric assessment. www . uptodate.com

استمارة الموارد البشرية (فريق العمل)

	البند	مستوفى	غير مستوفى	ملاحظات
1	رئيس الفريق (مدير المركز) • التخصص الدقيق • الخبرة في الإدارة			
2	أعضاء الفريق الأساسيون • طبيب متخصص أو مدرَّب • تمريض • اختصاصي اجتماعي • صيدلي			
3	أعضاء آخرون • اختصاصي نفسي • اختصاصي في التأهيل المعرفي والتخاطب اللفظي • اختصاصي في التأهيل البدني • اختصاصي التغذية • المعالج الوظيفي			
4	كوادر أخرى			
5	تدريب دوري لفريق العمل (مع ذكر التفاصيل)			
6	اجتماعات دورية لفريق العمل			

2. الخدمات التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الاولية للمُسِنّيْن

الرعاية الصحية الأوّلية للمُسِنّين هي الرعاية الصحية الأساسية التي تُتاح على نحو شامل للمُسِنّيْن في المجتمع بوسائل يمكنهم قبولها وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع تحمّلها. وتعد تلك الرعاية نواة النظام الصحي.

تقدم الرعاية الصحية الأوّلية للمُسِنّين عدداً من الخدمات، تشمل الخدمات الوقائية والكشف المبكر والخدمات العلاجية وخدمات التأهيل وخدمات التثقيف.

التقييم الشامل للمُسِنّين (Comprehensive Geriatric Assessment) ويشمل:

1. التاريخ الطبي والجراحي: الشكوى الأساسية للمُسنّين أو لمن يقدمون الخدمات للمُسِنّين، والتحليل الكامل لكل الأعراض التي يعاني منها المرضى المُسِنّين، والكشف المبكّر عن أمراض المُسِنّين (ألزهايمر، السقوط، هشاشة العظام، سلس البول)، والتاريخ الجراحي، ونتائج الفحص السريري (الإكلينيكي) لكل أعضاء الجسم، والتشخيص المبدئي، وتقييم قدرة المُسِنّين على المشاركة في اتخاذ القرارات العلاجية بأنفسهم أو اختيار من ينوب عنهم في ذلك.
2. التقييم الصيدلي: الأدوية العلاجية الموصوفة طبياً، وأسباب إضافة أو إيقاف أي علاج، وجرعات العلاج ومدة المعالجة، والتوفيق بين جرعات العلاجات ووظائف الكلية أو الكبد، والاستعلام عن استعمال أدوية تصرف بدون وصفة طبية، أو عن استعمال الأعشاب، ووسائل متابعة تأثير العلاج والأعراض الجانبية، والتزام المريض بالعلاج الدوائي.
3. التقييم التمريضي: تاريخ الكشف الدوري وبرامج التطعيم المختلفة، والكشف المبكر عن ضعف السمع وضعف الإبصار، ومقياس تقييم الأداء الوظيفي في أنشطة الحياة اليومية، ونقص الوزن، والقدرة على الرعاية الذاتية، وعلى تدبير الألم، وجودة النوم.
4. التقييم الاجتماعي :تدابير المعيشة , الدخل , الحالة الوظيفية, إنهاك الراعي , مشكلات المُسِنّ الاجتماعية والاقتصادية، والأنشطة المجتمعية للمُسِنّين، والشبكة الاجتماعية لهم من أقارب وأصدقاء، والكشف عن تعرض المُسِنّين للإهمال أو للاعتداء.
5. التقييم النفسي: أدوات معتمدة للكشف عن الوظائف المعرفية وحالة المزاج.
6. التقييم الغذائي: فقدان الشهية، ونقص الوزن، والاستبيان المعتمد في التقييم الغذائي.

7. تقييم التأهيل: التخصصات المختلفة في التأهيل (التأهيل البدني، والتأهيل المعرفي، والتأهيل اللغوي)، ونتائج الفحص السريري (الإكلينيكي) ونتائج الفحوصات الأخرى المطلوبة، وخطة التأهيل.
8. تقييم المعالجة الوظيفية: الكشف عن الخلل الوظيفي وعن أسبابه، والكشف عن السلامة المنزلية للمُسِنّين.
9. وضع تصور مبدئي لقائمة المشكلات وترتيبها وفقاً للأولويات.
10. وضع تصور مبدئي لفريق تقديم الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات المُسِنّ.

الخدمات الوقائية:

التوعية حول التطعيمات اللازمة للمُسِنّين	• تطعيم الإنفلونزا مرةً واحدةً سنوياً • تطعيم الالتهاب الرئوي البكتيري مرة واحدة فقط في سن 65 عاماً • تطعيم ضد الهربس المنطقي (الزونا أو الحزام الناري) مرة واحدة فقط للمريض الذي يعاني من نقص المناعة. • تطعيم ضد الكزاز (التيتانوس) مرة كل 10 سنوات
التوعية بخصوص استعمال الوقاية الدوائية	• الأسبرين للوقاية من جلطات القلب مرة واحدة يومياً • كالسيوم 1200 ميلي غرام + فيتامين "د" 800 وحدة يومياً للوقاية من هشاشة العظام. • الفيتامينات المتعددة يومياً. • الأحماض الدهنية أوميجا 3 للوقاية من جلطات القلب والمخ مرتين أسبوعياً.
التوعية لتعديل نمط الحياة	• التعريف بأسلوب الغذاء الصحي المتوازن • التوعية للتوقف عن التدخين أثناء كل زيارة • ممارسة الرياضة وفقاً لتقييم الحالة الصحية للمُسِنّ • التوعية للتقليل من الكحوليات عند الحاجة
التوعية بالخدمات المجتمعية المحلية للمُسِنّين	• توفير قائمة الخدمات المجتمعية المحلية المتاحة للمُسِنّين وفقاً لاحتياجاتهم

3- الاكتشاف المبكر للعديد من الأمراض الشائعة بالتحري عنها

اختبار الكشف المبكر	معدل التكرار
اختبار تخلخل العظام	• للسيدات مرة واحدة على الأقل لمن هم أكبر من 65 عاماً • للرجال مرة واحدة على الاقل لمن هم أكبر من 70 عاماً
الكشف المبكر عن ارتفاع ضغط الدم	مرة واحدة كل 3 شهور لمن ضغط الدم لديه أكثر من 80/135 ميلى متر زئبق.
الكشف المبكر عن السكري	مرة واحدة سنوياً.
الكشف المبكر عن ارتفاع نسبة الدهون بالدم	مرة واحدة كل 5 سنوات وترات أقصر لدى المصابين بتصلب الشرايين التاجية والشرايين الطرفية، وبوجود تاريخ الإصابة بجلطة في المخ.
الكشف المبكر عن السمنة (الطول والوزن)	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن أم الدم (توسع الشريان الأبهري أو الأورطي) بالموجات فوق الصوتية	للرجال المدخنين مرة واحدة بين سن 65-75عاماً
الكشف المبكر عن الاكتئاب	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن إدمان الكحول	غير محددة ولكن يجب تكرارها
الكشف المبكر عن سرطان القولون	فحص البراز سنوياً أو بمنظار القولون كل 10 سنوات أو بمنظار السيني كل 5 سنوات بين سن 50-75عاماً
الكشف المبكر عن سرطان الثدي	مرة واحدة كل سنتين بين سن 50-74عاماً
الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم	مرة واحدة كل 3 سنوات على الأقل
الكشف المبكر عن ضعف السمع	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن ضعف الإبصار	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن خرف الشيخوخة	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن سرطان الجلد	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن السقوط	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن ارتفاع ضغط العين	مرة واحدة سنوياً
الكشف المبكر عن أمراض الغدة الدرقية (السيدات)	مرة واحدة سنوياً

4. متابعة وعلاج الأمراض المكتشفة بعد تشخيصها والتعامل مع الأمراض الخاصة بمرحلة الشيخوخة مثل: خرف الشيخوخة، ومرض ألزهايمر، والاكتئاب أو القلق، واضطرابات الحركة والاتزان والسقوط، والسلس البولي، والجفاف، وتخلخل العظام، والتعامل مع القرحات المختلفة، والقصور في الحواس مثل ضعف السمع وضعف البصر وضعف الإحساس، وذلك حسب المعايير التوجيهية للمؤسسات الصحية بالمجتمع.

5. إجراء الفحوصات الطبية في معمل للتحاليل وإجراء الأشعة التشخيصية في مرفقات ملحقة بالمنشأة، ووجود آلية مناسبة لإجراء الفحوصات غير المتاحة بالمعمل.

6. خدمات التأهيل لجميع المُسِنّين ذوي الإعاقات الجسدية والنفسية لتحقيق الاعتماد على الذات أو الاستقلالية في أداء الأنشطة الحياتية اليومية والتحسن في الأنشطة الوظيفية.

يتم تقييم الخدمة المتوفرة بمؤسسة الرعاية الصحية الأوّلية للمُسِنّين تبعاً للخصائص التالية:

أولاً: شمولية الخدمة المقدمة: بحيث تشمل الخدمات الوقائية، والكشف المبكر، والخدمات العلاجية، وخدمات التأهيل، وخدمات التثقيف.

ثانيا: مدى تلبية الخدمات المقدمة لاحتياجات المُسِنّ المختلفة:

- يتم تحديد احتياجات المُسِنّين الصحية والنفسية والاجتماعية من خلال عملية التقييم الشاملة لهم، ويتم استخدام تلك المعلومات في تخطيط أسلوب الرعاية الأمثل لكل مُسِنّ لتلبية احتياجاته الفردية.
- تنفيذ الخطة المقترحة وتقييمها في الاجتماعات الدورية للفريق المعالج.

ثالثا: استمرارية الخدمة المقدمة:

لضمان دوام تقديم الخدمة الأساسية من خلال:

- التنسيق بين العاملين في تقديم الخدمات الذين يتعامل معهم المُسِنّون في المنشأة، والتنسيق مع اختصاصيين في المجالات الأخرى التي يحتاج إليها المُسِنّون، مثل تخصص جراحة العظام والرمد.
- الاحتفاظ بقاعدة بيانات دقيقة خاصة بكل مريض من المرضى المُسِنّين يمكن الرجوع إليها في مراحل الخطة العلاجية المختلفة.
- وضع نظام لإحالة الحالات التي تحتاج إلى عناية خاصة إلى التخصص الذي يناسبها، وتحديد حاجة المُسِنّين إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية

رابعا: الجودة والتميز:

من خلال تشكيل عدد من لجان تحسين الأداء وزيادة فاعلية الخدمة المقدمة مقابل التكلفة، منها:

- لجنة تحسين الجودة بالمنشأة. وهي اللجنة التي تجري تقييماً داخلياً دورياً (سنوياً) للمؤسسة وفقاً للمعايير الدولية لجودة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، والخروج بتوصيات لإعادة توزيع الموارد البشرية والمالية والبنية التحتية، مع تطبيق تلك التوصيات من خلال العاملين في تنسيق الجودة.
- لجنة لتقييم سلامة المرضى المُسِنّين ورضاهم عن الخدمة التي يتلقونها، بحيث يكونوا هم محور الخدمات الصحية، وتكون احتياجاتهم هي أساس الخطط العلاجية.
    1. استبيانات رضا المرضى المُسِنّين.
    2. قياس معدل الأعراض الجانبية للعقاقير في المؤسسة.
    3. قياس معدلات الإحالة إلى الرعاية الحرجة ومعدلات الوفاة.
    4. خضوع الخدمات التي تقدمها المنشأة إلى المعايير الأخلاقية والقانونية.

5. وجود خطة علاجية لكل مريض، يتم تنسيقها وفقاً لأولوية الاحتياجات لدى كل مريض مُسِنّ على حدة، ويتم تحديد أعضاء فريق الرعاية فيها، تشمل تحديد إطار زمني للرعاية، ومواعيد المتابعة الدورية، وتتضمن أهداف قابلة للقياس لتقييم كل حالة على حدة.

- لجنة مكافحة العدوى ولجنة السلامة البيئية.

خامسا: إمكانية الحصول على الخدمة:

- موقع جغرافي ملائم يسهل الوصول إليه.
- تكلفة الخدمات التي يتم تقديمها مقبولة.
- المرونة في تحديد مواعيد الزيارات، ولابد من توفير وقت كافٍ للتقييم الشامل للكشف عن كل المشكلات المؤثرة على جودة حياة المُسِنّين.

المراجع الاسترشادية:

- *Kane R.L., Kane R.A., eds. Assessing Older Persons: Measures, Meaning, and Practical Application. New York, NY: Oxford University Press; 2000.*
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm.
- *Spalding M.C., Sebesta S.C.(2008): Geriatric screening and preventive care. Am Fam Physician. 15;78(2):206-215.*
- *World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.*
- *World Health Organization | The right to health. Fact sheet N°323*

قائمة تفقدية للخدمات التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الاولية للمُسِنّين

الخدمات الأساسية

	يوجد	لا يوجد	بحاجة إلى تحسين	ملحوظات
التقييم الشامل للمُسِنّ				
تقديم التثقيف الصحي				
تقديم التطعيمات				
تقديم خدمة الكشف المبكر				
المتابعة الطبية للأمراض المزمنة				
الخدمات الصيدلية وتحديث قائمة الأدوية الأساسية والإعلان عنها بالعيادات				
خدمة الإحالة إلى مستويات مختلفة من الرعاية الصحية				
خدمة التعامل مع الحالات الطارئة				

الخدمات المتقدمة

	يوجد	لا يوجد	بحاجة إلى تحسين	ملحوظات
التحاليل الطبية والأشعة التشخيصية				
العلاج التأهيلي				
توفر دليل مُحَدَّث لخدمات الرعاية المجتمعية للمُسِنّين				
الرعاية المنزلية				

ولا يشترط توافر الخدمات المتقدمة بالمنشأة، ولكن لابد من وجود خطة واضحة للإحالة وللحصول على خدمة تتوافر لدى منشأة أخرى.

قائمة تفقدية لوسائل ضمان جودة الخدمات المقدمة لكبار السن في مركز الرعاية الصحية الاولية

	يوجد	لا يوجد	بحاجة إلى تحسين	ملحوظات
سهولة الحصول على الخدمة				
مرونة تحديد موعد الزيارة				
الموقع الملائم للخدمة				
الوقت كاف لتقديم الخدمة				
غطاء تأميني لتكلفة الخدمة				
ضمان الجودة				
لجنة لتأكيد جودة المنشأة				
لجنة مكافحة العدوى				
قاعدة بيانات دقيقة				
لجنة لتقييم سلامة المريض ورضاه عن الخدمة التي يتلقاها				
لجنة المعايير الأخلاقية والقانونية				
نظم التنسيق بين أعضاء الفريق المعالج				
ملائمة الخدمة للمُسِنّين في نطاق المنشأة				
يقوم المركز بجمع المعلومات حول الاحتياجات الصحية للمستفيدين				
يقوم المركز بتحليل واستخدام هذه المعلومات في تصميم خطة العمل				
خطة المنشأة لها أهداف استراتيجية وقابلة للقياس				
سياسة قياس رضا المُسِنّ عن الخدمة				
تقوم المنشأة بحملات دورية تستهدف المجتمع؛ والوصول إلى أكبر جمهور ممكن، وتوعيته				

استمارة التقييم الشامل للمُسِنّ

بيانات أساسية

نوع الاستمارة	البيانات المطلوبة	مستوفاة	غير مستوفاة	ملاحظات
اولا: استمارة التقييم الشامل للمُسِنّ*				
بيانات التسجيل*				
رقم التسجيل *				
التاريخ*				
الاسم*				
السن*				
العنوان				
رقم الهاتف*				
الراعي ووسيلة الاتصال به*				
- الطبيب المعالج السابق ووسيلة الاتصال به*				
موافقة كتابية للحصول على بيانات المريض الصحية من الطبيب السابق				
الغطاء التأميني*				
بيانات شخصية				
الوظيفة				
التعليم				
الحالة الاجتماعية*				
ترتيبات المعيشة*				
الدخل				
التدخين*				
عادات أخرى ذات أهمية طبية*				
التاريخ الطبي والجراحي*				
الشكوى الأساسية للمُسِنّ أو الذي يقدم له الرعاية*				
وصف مشكلات المُسِنّ الصحية وتحليل كل الأعراض التي يعاني منها*				
الأدوية التي يتناولها المُسِنّ*				
وسائل يتبعها المُسِنّ لتعزيز الصحة*				
نمط النوم والأنشطة التي يزاولها المُسِنّ*				
استعراض المشاكل الشائعة لدى المُسِنّين				
تخلخل العظام*				
التهاب المفاصل*				

سلس البول*			
السقوط ومشاكل الاتزان*			
مشاكل في الفم والأسنان*			
ضعف السمع والإبصار*			
الفحص السريري (الإكلينيكي) الكامل*			
تقييم الحالة المعرفية*			
تقييم حالة المزاج*			
تقييم الحالة الوظيفية*			
تقييم الألم*			
تقييم الحالة الغذائية*			
تصور مبدئي لقائمة المشكلات مرتبة وفقاً للأولويات*			
تصور مبدئي لفريق تقديم الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات المُسِنّ*			

استمارات تخصصية	البيانات المطلوبة	مستوفاة	غير مستوفاة	ملاحظات
ثانيا: استمارة التقييم الطبي*				
	نوع الزيارة (أولى أو متابعة)، وتاريخها*			
	البيانات الخاصة بالتاريخ المرضي للمُسِنّ*			
	شكاوى المريض والقائمين على رعايته*			
	تحليل كامل لكل الأعراض التي يعاني منها المريض*			
	الكشف المبكر عن أمراض المُسِنّين (ألزهايمر، السقوط، تخلخل العظام، سلس البول)*			
	التاريخ الجراحي للمُسِنّ*			
	نتائج الفحص السريري (الإكلينيكي) لكل أعضاء الجسم*			
	التشخيص المبدئي*			
	اقتراحات الإحالة لأعضاء آخرين في الفريق*			
	الخطة المقترحة لعلاج المريض وخطة المتابعة (تاريخ الزيارات القادمة والهدف المقترح منها)*.			
	تقييم قدرة المُسِنّ على المشاركة في اتخاذ القرارات العلاجية بنفسه أو اختيار من ينوب عنه في ذلك*			
ثالثا: استمارة تقييم التمريض*				
	مواعيد الكشف الدوري*			
	برامج التطعيم المختلفة*			
	الكشف المبكر عن ضعف السمع وضعف الإبصار*			
	مقياس تقييم الأداء الوظيفي في أنشطة الحياة اليومية*			

القدرة على رعاية النفس*			
نقص الوزن*			
الألم*			
جودة النوم*			
*رابعا: استمارة التقييم الاجتماعي**			
تدابير المعيشة*			
الدخل*			
الحالة الوظيفية*			
إنهاك القائمين على تقديم الرعاية*			
مشكلات المُسِنّين الاجتماعية والاقتصادية*			
الأنشطة المجتمعية للمُسِنّين والشبكة الاجتماعية (الأقارب والأصدقاء)*			
الكشف عن تعرض المُسِنّين للإهمال أو لسوء المعاملة أو للاعتداء*			
*خامسا: استمارة تقييم الصيدلي**			
الأدوية العلاجية الموصوفة طبياً*			
أسباب إضافة أو إيقاف أي علاج			
جرعات العلاج والمدة*			
التوفيق بين جرعات العلاج ووظائف الكلية ووظائف الكبد*			
الاستعلام عن استعمال أدوية تصرف بدون وصفة طبية أو استعمال الأعشاب*			
وسائل متابعة تأثير العلاج والأعراض الجانبية*			
تقييم التزام المريض بالعلاج الدوائي*			
*سادسا: استمارة التقييم النفسي**			
تقييم الحالة المعرفية*			
تقييم حالة المزاج*			
*سابعا: استمارة التقييم الغذائي**			
تقييم فقدان الشهية			
نقص الوزن			
استبيان التقييم الغذائي المعتمد*			

بيانات لا يشترط استكمالها لكل المرضى

ثامنا: استمارة تقييم التأهيل			
تخصص التأهيل (تأهيل بدني، تأهيل معرفي، تأهيل لغوي)			
نتائج الفحص السريري (الإكلينيكي) والفحوصات المطلوبة			
وضع خطة التأهيل وتوضيح المراحل الزمنية المتوقعة			
تاسعا: استمارة تقييم المعالجة الوظيفية			
الكشف عن الخلل الوظيفي وعن أسبابه			
الكشف عن السلامة المنزلية للمُسِنّين			
إعداد خطة علاج وظيفي توضح الوسائل التي يمكن بها تيسير تعامل المُسِنّين مع بيئته			

حجز المواعيد الطبية

إن إعداد نظام مصمم بشكل جيد لحجز المواعيد يعتبر مفيدًا لكل من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية الأولية لهم. فبالنسبة للمرضى، فإنه يزيد من أعدادهم، ويزيد من مستوى رضاهم وثقتهم في النظام، ويساعدهم أيضًا على الالتزام بالمواعيد، الأمر الذي يؤدي إلى الحصول على المزيد من المعلومات عن مريض منهم، وعن حالته الصحية قبل تدهورها. وبالنسبة لمقدمي الرعاية الصحية الأولية، فإن نظام حجز المواعيد الجيد التصميم يزيد من رضا فريق العمل ويقلل الضغط على الأطباء. ويعتبر حجز المواعيد الطبية من الاختصاصات الأساسية لموظفي المكاتب وفريق التمريض ومنسقي رعاية المرضى.

يتطلب نظام حجز المواعيد وجود مسار انسيابي للإجراءات ينتهي بحجز الموعد:

حجز الموعد الأول:

- يقوم المريض بالمبادرة بحجز الموعد ويتم تسجيله في نظام حجز المواعيد في مركز الرعاية الصحية وفي بطاقة مواعيد المريض.
- يجب أن تتضمن بطاقة المواعيد اسم المريض، ورقم التعريف، وتاريخ الميلاد، والعنوان، وتفاصيل طرق التواصل، واسم شخص قريب للمُسِنّ قرابة من الدرجة الأولى/القائم على رعايته، ويجب أيضًا أن تتضمن تاريخ الموعد القادم ووقته بالساعة والدقائق.

التذكيرات والتعزيزات:

- يعتبر إرسال فريق العمل في مركز الرعاية الصحية الأولية رسائل للمرضى المُسِنّين تذكرهم بمواعيدهم طريقة فعالة لزيادة عدد المرضى المحافظين على مواعيدهم. ويمكن أن يضمن النظام الفعال إمكانية الاتصال بالمرضى القدامى قبل حلول مواعيدهم المسجلة في جدول المواعيد بيوم أو يومين.

الخطوات:

- الكشف على سجلات المواعيد للتعرف على المواعد التي سيحل أجلها خلال الأيام القادمة، والسماح بالتأجيل ليومين أو لثلاثة أيام إضافية في حالة طلب تأجيلها، ويمكن تحديد جميع الأشخاص القدامى من القائمة، مع تفاصيل التواصل معهم.
- يمكن التواصل مع المرضى في نهاية كل يوم عمل من خلال وسيلة الاتصال المفضلة لكل مريض، مثل البريد أو الهاتف أو البريد الإلكتروني.

حجز موعد

هناك عوائق محددة يواجهها المُسِنّون أثناء حجزهم المواعيد في مراكز الرعاية الصحية الأولية. لذا يجب على فريق العمل التأكيد على استقبال المريض المُسِنّ بمودّة وبشاشة ومحبة، والتعامل الجيد معه.

- **العوائق الصحية المحتملة في التواصل:**

- ضعف السمع، وبالتالي يجب التأكد من أن المرضى المُسِنّين لديهم الوسائل المساعدة المناسبة للسمع، والتحدث بوضوح وجهًا لوجه مع المريض المُسِنّ.
- ضعف الإبصار، وبالتالي يجب التأكد من أن المرضى المُسِنّين لديهم الوسائل المساعدة المناسبة للإبصار، واستخدام الضوء المباشر.
- مشاكل في الذاكرة، وبالتالي يجب إبلاغ المريض المُسِنّ بالتعليمات والمواعيد شفهيًا ثم كتابتها له.
- الحاجة للمساعدة: يوتم التعامل معها بتوفير بطاقة المواعيد، والحصول على تفاصيل التواصل مع شخص بديل للاتصال به وتذكيره بالموعد أو إبلاغه أية معلومات أخرى.

- **المسائل المتعلقة بجنس الفرد:** يجب سؤال المرضى المُسِنّين حول ما إذا كانوا يفضلون أن يتم عرضهم على طبيب أو طبيبة إذا كان ذلك متاحًا.
- **طول أوقات المواعيد:** تطوير مجموعة مختلفة من المواعيد لكل منها طوله المرتبط بطبيعة ونوع الزيارة، مثل عملية تقييم المُسِنّين، أو مريض مُسِنّ جديد، أو زيارة متابعة، أو القيام بإجراء طبي، وغير ذلك.
- **استمرار المتابعة مع الطبيب الذي يقدم الرعاية نفسه:** إن حجز المواعيد للمرضى المُسِنّين مع الطبيب نفسه يوفر مستويات أعلى من ثقة المريض، ومن رضاه.
- **إحضار الأوراق والمستندات:** إخبار المرضى المُسِنّين ما يجب عليهم إحضاره المرة القادمة، مثل نتائج التحاليل السابقة، وجميع الأدوية التي يتناولونها حالياً، وملخص الحالة أثناء مغادرة المستشفى، وبطاقات المواعيد للعيادات الاخرى، ومواعيد المتخصصين، وما إلى غير ذلك.

قبل الموعد وبعده:

عند وصول المريض المُسِنّ في موعده، يتم إجراء ما يلي:

- تسجيل حضور المريض المُسِنّ في سجلات نظام مركز الرعاية الصحية الأولية وفي بطاقة مواعيده هو.

وعند انتهاء المريض المُسِنّ من الكشف، يتم إجراء ما يلي:

- يجب أن يقوم الطبيب بإعطاء المريض المُسِنّ بطاقة بها معلومات حول الموعد التالي أو الآخر، أو أنه سيخرج من المستشفى لحين إشعار آخر.
- في حالة إعطاء موعد آخر، يتم تحديد الموعد الجديد، وكتابته في بطاقة المواعيد، والتأكيد على أن المريض المُسِنّ سيكون موجودًا بالعيادة في وقت الموعد.

نظام المتابعة

- يمكن متابعة المرضى المُسِنّين الذين لا يحضرون في مواعيدهم بطريقة بسيطة ومنظمة.
- في نهاية كل يوم، يتم العودة إلى سجلات مواعيد اليوم وإعداد قائمة بالمرضى الذين فشلوا في الحضور في مواعيدهم بالإضافة إلى تفاصيل التواصل بهم، والمرضى الذين يجب تذكيرهم بمواعيدهم.

التعريف بهوية كل موظف من العاملين في المركز:

- يجب أن يكون التعرف على كل موظف من فريق العمل في مركز الرعاية الصحية الأولية سهلاً، وذلك باستخدام شارات عليها الاسم واللقب الوظيفي.
- يجب أن تكون شارات الأسماء مكتوبة بحروف كبيرة على بطاقات لها لون مختلف عنه بحيث يسهل تمييزها، مثل، بطاقات التمريض خضراء، وبطاقات الأطباء زرقاء، وهكذا.....

المشرفون على تنسيق رعاية المرضى المُسِنّين:

- قد يكون مركز الرعاية الصحية الأولية مكاناً يشعر فيه المُسِنّون بالارتباك، ولا سيما من كان لديه صعوبة في التنقل بين الخدمات المختلفة، والمواعيد، والقائمين على تقديم الخدمات، والانتظام في صفوف. ومن الضروري أن يكون في كل مركز لتقديم الرعاية الصحية الأولية من يشرف على تنسيق الرعاية.

وظيفة المشرف على تنسيق رعاية المرضى المُسِنّين:

- تنسيق الخدمات داخل مركز الرعاية الصحية الأولية (توفير كرسي متحرك أو وسائل المساعدة المتحركة الأخرى و/أو المرافقة الطبية إذا كانت متاحة وإذا لزم الأمر)
- تنسيق الإحالات الداخلية والخارجية.

قائمة تفقدية لحجز المواعيد الطبية

	متوافر	غير متوافر	ملاحظات
• يوجد موظف مختص لحجز المواعيد الطبية.			
الموعد الأول: • يوجد تسجيل في النظام الخاص بمركز الرعاية الصحية حين يقوم المريض بالمبادرة بحجز الموعد وأيضا في بطاقة مواعيد المريض.			
• تتضمن بطاقة المواعيد اسم المريض، ورقم التعريف، وتاريخ الميلاد، والعنوان، وتفاصيل التواصل، واسم شخص قريب من المريض المُسِنّ قرابة من الدرجة الأولى/ القائم برعايته، وتفاصيل الاتصال بمركز الرعاية الصحية والطبيب طبقًا للمواعيد. ويجب أيضًا أن تتضمن تاريخ الموعد القادم ووقته بالساعة وبالدقيقة.			
التذكيرات والتعزيزات: • يوجد نظام فعال يتيح الاتصال بالمرضى القدامى قبل مواعيدهم المذكورة في جداول المواعيد بيوم أو يومين عن طريق تحديد جميع الأشخاص القدامى من القائمة مع تفاصيل الاتصال الخاصة بهم			
حجز موعد: • التأكد من استقبال المريض المُسِنّ بمودة وبشاشة ومحبة، والتعامل الجيد مع العوائق الصحية المحتملة للاتصال كضعف السمع والضعف البصري			
• التأكد من إبلاغ المريض المُسِنّ بالتعليمات وبالمواعيد شفهيًا وكتابيا.			
• يفضل سؤال المرضى المُسِنّين عن رغبتهم في أن يتم عرضهم على طبيب أو طبيبة إذا كان ذلك متاحًا.			
• وجود مجموعة مختلفة الطول من المواعيد، ويرتبط طولها بالغرض من الزيارة، مثل تقييم المُسِنّين، أو المريض المُسِنّ الجديد، أو زيارة متابعة، أو القيام بإجراء طبي، وما إلى ذلك.			
• حجز موعد المريض المُسِنّ مع الطبيب نفسه قدر المستطاع.			
• التأكيد على إخبار المرضى المُسِنّين بما يجب عليهم إحضاره في المرة القادمة، مثل الأوراق، ونتائج التحاليل السابقة، وجميع الأدوية الحالية، وما إلى ذلك.. وإعطاؤهم بطاقة تذكرهم بذلك			
قبل الموعد وبعده: • تسجيل حضور المريض عند وصوله في موعده في سجلات المركز وفي بطاقة مواعيد المريض.			
• إعطاء المريض المُسِنّ بعد انتهائه من الكشف بطاقة بها معلومات حول الموعد التالي أو الآخر، أو أنه سيخرج من المستشفى لحين إشعار آخر.			
نظام المتابعة: • يوجد نظام متابعة بطريقة بسيطة ومنظَّمة للذين يتخلفون عن الحضور في مواعيدهم			
• إعداد قائمة بالمرضى المُسِنّين الذين فشلوا في الحضور في مواعيدهم بالإضافة إلى تفاصيل التواصل معهم، والذين يحتاجون إلى تذكير بمواعيدهم في نهاية كل يوم.			
تحديد هوية الموظفين: • يجب أن يكون فريق العمل في مركز الرعاية الصحية الأولية يسهل التعرف عليه وذلك باستخدام شارات عليها الاسم واللقب الوظيفي.			
• يجب أن تكون شارات الأسماء مكتوبة بحروف كبيرة على خلفية لها لون مميز لكل وظيفة من العاملين.			
تنسيق خدمات المرضى:			
• وجود موظف مسؤول عن تنسيق الخدمات داخل المركز (توفير كرسي متحرك أو وسائل المساعدة المتحركة الأخرى و/أو المرافق الطبي إذا كان متاحاً وإذا لزم الأمر)			
• وجود موظف مسؤول عن تنسيق الإحالات الداخلية والخارجية.			

3. مسار زيارة المريض للمركز

تعتمد جودة الخدمة بمراكز الرعاية الصحية الأولية أساساً على تنظيم الزيارات، بحيث تحقق أعلى قدر من التواصل بين المريض والقائمين على تقديم الخدمات له، بما يحقق أعلى مستوى من الرضا لدى المريض المُسِنّ.

ولذلك لابد من:

- وجود خدمة للحجز المسبق للمواعيد والمرونة في تعديلها.
- لا تزيد مدة انتظار المريض المُسِنّ عن 15 دقيقة، وهي المدة اللازمة للتسجيل، ويكون الانتظار في حجرات مريحة وهادئة.
- وجود موظف بالمؤسسة يساعد المُسِنّ في ملء الاستمارات المطلوبة.
- تستغرق الزيارة وقتاً كافياً (ساعة على الأقل للزيارة الأولى و20-30 دقيقة للمتابعة).
- الزيارة الأولى:

(أ) الزيارة الأولى للمريض المُسِنّ تستغرق ساعة في غالب الأحيان، ولكنها قد تستمر إلى 3-4 ساعات عندما تتضمن التقييم الطبي الشامل بجميع التخصصات.

(ب) يجب التأكيد على المريض المُسِنّ لإحضار جميع أدويته في الزيارة الأولى.

(ج) يجب على أفراد الأسرة المعنية برعاية المُسِنّ، أو الذين يقدمون له الرعاية، أن يرافقوه في الزيارة الأولى.

(د) عندما يأتي المريض للزيارة الأولى، يجب التأكيد عليه بالوصول قبل 15 دقيقة من الموعد المسجّل، وذلك لإتمام عملية التسجيل في مكتب التسجيل، مثل البيانات الشخصية واختيار وسيلة تغطية تكلفة الخدمة إما التأمين الصحي وإما شركات التأمين.

(هـ) عملية التقييم الصحي الشامل للمُسِنّ:

- التقييم التمريضي للمُسِنّ:
  - ➢ تقييم قدرة المريض المُسِنّ على القيام بأنشطة الحياة اليومية.
- مقابلة المريض المُسِنّ وأسرته للاختصاصي الاجتماعي:
  - ➢ تقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي للعائلة.
  - ➢ تقييم ترتيبات المعيشة للمُسِنّ
  - ➢ البحث عن أي دلائل على إساءة معاملة المُسِنّ جسديا ونفسيا.
  - ➢ البحث عن أي دلائل على إنهاك القائمين على تقديم الرعاية.
- مقابلة المريض المُسِنّ للاختصاصي النفسي:
  - ➢ تقييم الوظائف المعرفية وحالة المزاج لدى المُسِنّ.
- مقابلة المريض المُسِنّ لاختصاصي طب الشيخوخة:

- ➢ الحصول على التاريخ المرضى وإجراء الفحوصات السريرية (الإكلينكية) وتقديم العلاج للمشكلات الصحية.

(و) إحالة المريض المُسِنّ لأعضاء أخرين في فريق العمل في المركز وفقاً لاحتياجاته.

- زيارة المتابعة (بعد أسبوعين أو ثلاثة أسابيع من الزيارة الأولى) وتستغرق 20-30 دقيقة:
  - ➢ مراجعة التشخيص المبدئي وتحديد أي مشكلات صحية جديدة أو طارئة.
  - ➢ تقييم الاختصاصي الاجتماعي للمُسِنّ وللقائمين على تقديم الرعاية له.
  - ➢ تقييم ممرضة الرعاية للحالة الوظيفية للمُسِنّ، وتعليمه مبادئ الطب الوقائي.
  - ➢ مراجعة التقييم النفسي والعصبي.
  - ➢ مراجعة قائمة الأدوية التي يتعاطاها المُسِنّ وتعديلها إن لزم الأمر.
  - ➢ مراجعة نتائج التحاليل المختبرية (المعملية) والفحوصات الطبية المختلفة.
- المريض المُسِنّ هو محور الزيارة
  - ➢ قد يتطلب التواصل مع المُسِنّ مزيداً من الصبر والتفهم، حيث قد تحد العوائق من سهولة التعامل معه، مثل الخلل المعرفي، واختلاف الأجيال، والخلفية الثقافية، والتنشئة.
  - ➢ قد يسيطر القائمون على رعاية المُسِنّ على مجرى الحوار، مما يحرم المُسِنّ من الشعور بأنه هو بؤرة التركيز في المحادثة، ولمنع ذلك تعقد لقاءات منفصلة مع المريض.
- سهولة تنقل المريض داخل المنشأة بين مختلف أفراد الفريق المعالج، وتنظيم ذلك من خلال العاملين في التمريض ضمن المكتب.
- يجب على المؤسسة أن تتبنى وتطبق سياسة تتعلق بالزيارات المنزلية للمُسِنّين، تتضمن تحديد معايير خاصة بنوعية المريض المُسِنّ الذي يحتاج إلى زيارة منزلية، وتحديد الخدمات التي يمكن تقديمها من خلال هذه الزيارات، وكذلك تحديد معايير خاصة بمواعيد الزيارات المنزلية، وتحديد أعضاء الفريق القائمين على الزيارة، وتوضيح وسيلة انتقال الفريق، ووسيلة إحالة للمريض المُسِنّ عند الحاجة إلى خدمة صحية متخصصة، وتوضيح تكلفة الخدمة.
- يفضل تطبيق استراتيجية متابعة المُسِنّين من خلال الهاتف، فقد تفيد في ضمان استمرارية الرعاية، وفي توفير جزء من النفقات، وفي تقديم المساعدة للمُسِنّين الذين لا يستطيعون الالتزام بمواعيد المتابعة.
- ضمان استمرارية الخدمة المقدمة لكل المرضى المُسِنّين، وذلك من خلال :
  - ➢ الاجتماعات الدورية لجميع أفراد الفريق المعالج لمناقشة تفاصيل الخطة التشخيصية والعلاجية الموصى بها للمرضى المُسِنّين وإمكانية تعديلها .
  - ➢ تقديم تقرير مفصل إلى الطبيب المعالج الأساسي يحتوى على تقييم تفصيلي، والتدخلات العلاجية ونتائج الاختبارات، والتوصيات الخاصة بخطة العلاج الشاملة للمريض المُسِنّ.
  - ➢ الاحتفاظ بنسخة ورقية من التقرير النهائي في ملف بيانات المريض المُسِنّ، وبالنسخة الالكترونية من الملف.

قائمة تفقدية لخطوات السير في زيارة مريض مُسِنّ لمركز رعاية المُسِنّين

خصائص يجب توافرها

	يوجد	لا يوجد	بحاجة إلى تحسين	ملحوظات
تحديد المواعيد				
خدمة تحديد موعد مسبق				
خدمة تعديل المواعيد				
الانتظار والتسجيل				
لا تزيد مدة انتظار المريض المُسِنّ عن 15 دقيقة				
الانتظار يتم في حجرات مريحة هادئة				
الموظف القائم على تنسيق الرعاية يساعد في ملء الاستمارات المطلوبة وتنظيم تنقل المريض داخل المركز				
الزيارات				
الزيارة الأولى				
تستغرق وقتاً يكفا لإجراء التقييم الطبي الشامل بجميع التخصصات.				
تقييم كل الأدوية التى اصطحبها المريض معه فى الزيارة.				
مقابلة القائمين على رعاية المُسِنّ الذين يصاحبونه وإشراكهم في وضع خطة العلاج				
تقديم تقرير مفصل إلى الطبيب المعالج الأساسى				
تقييم رضا المرضى من خلال استبيان بعد الزيارة				
زيارة المتابعة				
مراجعة التشخيص المبدئي وتحديد أي مشكلات صحية جديدة أو طارئة.				
تقييم الاختصاصى الاجتماعى للمُسِنّ ولمن يقدم له الرعاية.				
تقييم ممرضة الرعاية للحالة الوظيفية للمُسِنّ وتعليمه مبادئ الطب الوقائى.				
مراجعة التقييم النفسى والعصبى.				
مراجعة قائمة الأدوية وتعديلها إذا لزم الأمر.				
مراجعة نتائج التحاليل المختبرية (المعملية) والفحوصات الطبية المختلفة				
تقييم رضا المرضى للمُسنّين من خلال استبيان بعد الزيارة.				
الزيارات المنزلية للمُسِنّين				
معايير خاصة بنوعية المريض المُسِنّ الذى يحتاج إلى زيارة منزلية				
تحديد الخدمات التي يمكن تقديمها للمُسِنّين من خلال الزيارات المنزلية				
معايير خاصة بتحديد مواعيد الزيارات المنزلية للمُسنّين				
اعضاء الفريق القائمين على الزيارة المنزلية للمُسِنّين				
توضيح وسيلة انتقال الفريق فى الزيارة المنزلية للمُسنّين				
وسيلة إحالة المرضى المُسِنّين عند الحاجة إلى خدمة صحية متخصصة				
تكلفة الخدمة موضحة ومقبولة				

خصائص يفضل توافرها في الزيارة المنزلية للمُسِنّين

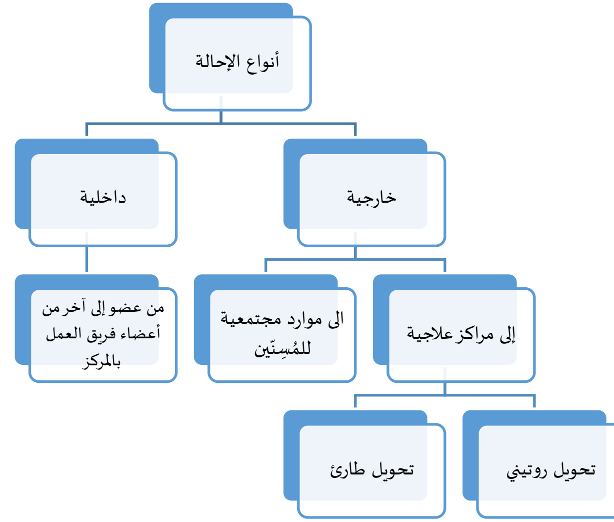
	يوجد	**لا يوجد**	**بحاجة إلى تحسين**	**ملحوظات**
الزيارة الأولى				
اجتماع جميع أفراد الفريق المعالج بعد الزيارة الأولى لمناقشة تفاصيل الخطة التشخيصية والعلاجية الموصى بها للمريض المُسِنّ **(إن أمكن)**				
زيارة المتابعة				
استراتيجية المتابعة من خلال الهاتف **(إن أمكن)**				
المركز يقدم خدمة الزيارات المنزلية للمرضى المُسِنّين **(إن أمكن)**				

4. نظام الإحالة الصحية

الإحالة هي عملية توجيه أو إعادة توجيه المريض للمستوى الأمثل من الرعاية الصحية، وعادةً ما تكون من المستويات ذات الإمكانات الأدنى إلى المستويات ذات الإمكانات الأعلى مما يتيح الفرصة لاستمرارية الخدمة.

وللمُسِنّيْن العديد من الاحتياجات الطبية والاجتماعية التي قد يتم تحديدها أثناء كشف فريق عمل مركز الرعاية الصحية الأولية عليهم. ويصعب غالبًا على المُسِنّيْن تحديد المكان الذين يجب عليهم أن يتوجهوا إليه سواء للمساعدة أو لمعرفة نظام الخدمات التي يقدمها، والمعايير، والمصروفات اللازمة. لذا يلعب مركز الرعاية الصحية الأولية دورًا هامًا في توعية المُسِنّيْن ومن يقدم الرعاية الصحية لهم بالخدمات وبالإحالات المتاحة.

أنواع الإحالة: يوضح الشكل التالي أنواع الإحالة:



الإحالة الخارجية

إحالة إلى مراكز صحية

1. الإحالة الطارئة: وتتم في الحالات الطارئة التي لا يمكن معالجتها في المراكز الصحية الأولية.
2. الإحالة الروتينية: وتتم في الحالات الآتية:
   i. استشارة اختصاصيين فيما يتعلق بخطة علاج المريض المُسِنّ.
   ii. دخول المريض المُسِنّ إلى المستشفى وعلاجه بها.
   iii. طلب إجراء الفحوصات المختبرية وصور الأشعة للمُسِنّيْن.
   iv. مراكز تأهيلية متخصصة بتأهيل للمُسِنّيْن .
3. إحالة إلى مراكز مجتمعية للمُسِنّيْن:مثل الإحالة إلى دُور المُسِنّين ودور الرعاية النهارية ونوادي المُسِنّين

- يجب أن يكون لدى أي مركز للرعاية الصحية الأولية قائمة كاملة ومُحَدَّثة (دليل) للخدمات المجتمعية للمُسِنّيْن.

- تنوع الخدمات المقدمة للمُسِنّيْن والموجودة في الدليل من حيث نوع الخدمة والمصروفات والتوزيع الجغرافي بحيث تلائم جميع فئات المُسِنّيْن.
- أيضاً من المعلومات الأساسية التي يجب أن يتضمنها الدليل: الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، والهيئة التي تقدم الخدمة، وبيان بمجموعة الخدمات التي تقدمها، ومصروفات الخدمات.
- يوجد بهذا الدليل العديد من مؤسسات الخدمات المجتمعية مثل دور الرعاية المختلفة، والرعاية الطويلة الأجل، ومراكز إعادة التأهيل، والاستشارات الخاصة بالتغذية، والخدمات الاجتماعية، وما إلى ذلك.

وهناك نوع أخر من الإحالة وهو الإحالة الداخلية من عضو إلى آخر من أعضاء فريق العمل في الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّيْن، مثل ما يحدث داخل مركز الرعاية الصحية الأولية من إحالات من مكتب التسجيل إلى غرفة الكشف، أو غرفة الإجراءات، أو الصيدلية، أو صندوق الخزينة، وما إلى ذلك.

4. يجب أن يتحقق فريق العمل في المراكز وفي العيادات من انسيابية حركة المرضى المُسِنّيْن داخل العيادة أو المركز بين الخدمات المختلفة المتوفرة دون معاناة.
5. يجب توفير نموذج أو استمارة ورقية بسيطة للإحالات الداخلية، وأن تتضمن الاسم، ورقم تعريف المريض، والتشخيص الطبي، وسبب التحويل، وبيان بالردود.

اجراءات الإحالة الخارجية:

1. تتطلب الإحالة الخارجية توفير التفاصيل الدقيقة عن المريض المُسِنّ وحالته المرضية ضمن بطاقة أو استمارة (ورقية أو إلكترونية) تحتوي تفاصيل الأعراض الحالية ونبذة عن تاريخ المرض والعلامات الحيوية مع التشخيص المبدئي وأهم الاجراءات المقترحة. والأدوية الحالية، وسبب الإحالة. كما يجب أن تتضمن اسم الطبيب المحوِّل، والطبيب الذي يراد التحويل إليه، والتاريخ، واسم المريض، ورقمه التعريفي.
2. تحديد المؤسسة الأنسب أو مقدم الخدمة الأمثل والتواصل معه لتدبير إجراءات الإحالة، والتأكد من توافر الخدمة المطلوبة، ويفضل تحديد موعد مسبق مع اختصاصي محدد لتجنب التأخير وإزعاج المريض المُسِنّ، أما في الحالات الطارئة فتكون الإحالة باسم المستشفى أو القسم بصورة عامة لأن ذلك يساعد على سرعة استقبال الحالة في الطوارئ بالمستشفى، كما يجب في هذه الحالة أن يصاحب المريض أحد أفراد الفريق الطبي، وأن يتم توفير وسيلة نقل المريض المُسِنّ.
3. التواصل مع المريض المُسِنّ ومع الذين يقدمون له الرعاية، وتقديم شرح مفصل لهم عن أسباب الإحالة والتحضيرات اللازمة والتكلفة والمتوقعة، إلى جانب الحصول على موافقته.
4. يجب أيضًا تطبيق الأخلاقيات وآداب المهنة والتشريعات في رعاية المُسِنّين عند تحويل المريض إلى أي خدمة. حيث يجب أن يتأكد المرضى من عدم الكشف عن بياناتهم الصحية والاجتماعية حتى لأقرب الأقارب إلا بموافقتهم على ذلك. كما يجب قياس رضا المريض المُسِنّ بكل عملية إحالة، وما يتوقعه من الإحالة، وإلى أي مدى يمكن أن يتحقق هذا التوقع.

أسباب الإحالة:

ونظام الإحالة يسهل على المراكز الصحية توفير إمكانات التشخيص المختبرية والإشعاعية التي لا تتوفر فيها، لتساعد للوصول إلى التشخيص أو متابعة حالة المريض أو تقديم خدمة علاجية متقدمة للمريض، وبذلك تحقق الإحالة استمرارية خدمات الرعاية الصحية الأولية.

- **كيف يتم تحديد المنشأة المحال اليها ؟**

يتم تحديد ذلك وفقًا للقرار الطبي من الطبيب المعالج وأيضاً وفقاً لتوفر الخدمة المطلوبة بالمنشأة المحال إليها.

يشترط في المنشأة المحال إليها:

1. ان تحتوى على من ينسق حالات الإحالة، ويقوم بتوجيه المريض إلى الخدمة المطلوبة بنموذج الإحالة، وتحديد موعد للإحالات المسبقة، ويحتفظ بسجل كامل لجميع الإحالات.
2. أن تتم إجراءات الإحالة بصورة سريعة يرضى عنها المريض المُسِنّ.
3. أن تكون التكلفة مناسبة.

قائمة تفقدية لنظام الإحالة

معايير يشترط تحقيقها

	متوافر	غير متوافر	ملاحظات
• يتوفر لدى مركز الرعاية الصحية الأولية وسائل لتوعية المُسِنّين ومن يقدم الرعاية لهم حول الخدمات المتاحة وجول إجراءات الإحالة.			
• وجود ضمان لسرية البيانات الصحية والاجتماعية للمرضى المُسِنّين حتى على الأقارب، إلا في حال موافقتهم على ذلك.			
• قياس رضا المريض بعد كل عملية إحالة وما يتوقعه المريض من الإحالة وإلى أي مدى تحقق هذا التوقع.			
نظام عمليات الإحالة الداخلية:			
• توفير نموذج إحالة بسيط للإحالات الداخلية، متضمنًا الاسم، ورقم تعريف المريض، والتشخيص الطبي، وسبب التحويل، وبيان الردود.			
نظام عمليات الإحالة الخارجية: **نظام الإحالات بين مركز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفى، أو الأطباء، أو القائمين الآخرين على تقديم الرعاية الصحية:** • توفير نموذج قياسي للإحالة الذي يتضمن اسم الطبيب المحول، والطبيب الذي يتم التحويل إليه، والتاريخ، واسم المريض، ورقم التعريف، والتشخيصات الطبية، والأدوية الحالية، وسبب الإحالة.			
• توضيح الغرض من الإحالة، والمصروفات، والنتيجة المتوقعة من إحالة المريض.			

معايير يفضل تحقيقها

	متوافر	غير متوافر	ملاحظات
1) وجود نظام قاعدة بيانات يحتوى على جميع بيانات المرضى، والإحالات الداخلية، ودليل الخدمات المجتمعية، والأطباء المتخصصين، والمستشفيات، والقائمين الآخرين على توفير الرعاية الصحية **(إن أمكن)**			
نظام عمليات الإحالة الداخلية: 2) وجود فريق عمل يضمن انسيابية المرضى المُسِنّين داخل المراكز الصحية بين الخدمات المختلفة المتوفرة دون معاناة.			
نظام عمليات الإحالة الخارجية:			
نظام الإحالة بين مركز الرعاية الصحية الأولية والخدمات المجتمعية للمُسِنّين : 3) توافر قائمة كاملة للخدمات المجتمعية للمُسِنّين.			
4) تنوع الخدمات المقدمة للمُسِنّين الموجودة في الدليل من حيث نوع الخدمة والمصروفات والتوزيع الجغرافي.			
5) يوجد بهذا الدليل العديد من الخدمات المختلفة، والرعاية الطويلة الأجل، ومراكز إعادة التأهيل، وجمعيات القائمين على تقديم الرعاية الصحية، والاستشارات الخاصة بالتغذية، والخدمات الاجتماعية، وما إلى ذلك.			

5. السجلات الطبية

تعد السجلات الطبية التي تتمتع بالمعايير المطلوبة من أهم دعائم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، وذلك لما يتميز به المُسِنّ من كثرة المعلومات الصحية والبيانات واحتياجه لوسائل التقييم المختلفة والتي تستغرق وقتاً طويلاً في المرة الأولى، وتحتاج لمتابعة دورية، إلى جانب احتمال تغير أفراد الفريق، مما يجعل تسجيل المعلومات وحفظها في منتهى الأهمية لمتابعة وتقييم الخطط العلاجية، ومتابعة تطور الأمراض المزمنة وتشخيص أي أمراض جديدة. وإن وجود نظام الكتروني يسهل عملية حفظ المعلومات، إلا أن تكاليفه يحتاج إلى كوادر مدربة. ومن الضروري توافر الخصائص التالية:

آلية للتحديث: حيث تسجل المعلومات الأولية عن المريض، ثم المعلومات عن تسلسل المتابعة بعد ذلك، وفي نفس الوقت يمكن استخدام اختبارات ومقاييس جديدة في السجلات.

ضمان السرية: إن الحفاظ على سرية المعلومات من الخصائص التي توفر الطمأنينة للمرضى بصفة عامة وللمُسِنّين بصفة خاصة، ويجب اتخاذ الإجراءات اللازمة، سواءً كانت السجلات ورقية أم الكترونية.

دقة البيانات: يجب استخدام خصائص التشخيص العالمية، وكذلك توفير التعريفات المستخدمة لضمان عدم حدوث فروق فردية بين واحد وآخر من القائمين على تقديم الرعاية.

المعلومات: ويجب أن تمتاز المعلومات بالشمولية، بحيث تشمل جميع نتائج التقييم الشامل (كما هو موضح باستمارة التقييم الشامل)

قواعد البيانات: يجب أن تشمل السجلات الطبية استمارات يمكن استخدامها في قواعد البيانات.

استمارة تقييم السجلات الطبية

التجهيزات التي يجب توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

البند	مستوفى	غير مستوفى	يحتاج إلى تغيير	ملاحظات
المعلومات شاملة لجميع بنود التقييم الشامل				
السجلات سرية				
يوجد بها استمارات لقواعد البيانات				

التجهيزات التي يفضل توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

البند	مستوفى	غير مستوفى	يحتاج إلى تغيير	ملاحظات
يوجد سجلات الكترونية				
يوجد قوائم خصائص تعريفية وترميز بالأكواد				

6. التكلفة العلاجية

عادة ما تكون التكلفة العلاجية لعلاج المرضى المُسِنّيْن عالية، وذلك لأن الكثير منهم يعاني من أمراض مزمنة متعددة تحتاج لعلاج دوائي متعدد ومتابعة طبية طويلة الأمد. وبالقياس فإن تكلفة الرعاية الصحية الأولية بجميع خطواتها من متابعة طبية واكتشاف مبكر للأمراض وأساليب وقائية وتثقيف صحي قد تكون مكلفة نسبياً.

ومن المهم الإشارة إلى أن كثيراً من المُسِنّين في بعض الدول ليسوا تحت مظلة التأمين الصحي. بالإضافة إلى أن عدداً غير قليل من نظم التأمين الصحي لا تغطي تكاليف الرعاية الصحية الأولية.

بالنسبة لتقييم نظم التكاليف العلاجية لمركز الرعاية الصحية الأولية فيجب توافر:

قوائم أسعار معتمدة من الجهات الرسمية:

وذلك لضمان شفافية إبلاغ التكاليف للمرضى، وكذلك لضمان تقديم الخدمات بأسعار مناسبة.

وجود نظم للتعاون مع التأمين الصحي:

عن طريق قوائم لشركات التأمين الحكومية وغير الحكومية واتفاقيات التعامل مع كل منها.

وجود فريق مالي وإداري مدرب:

وهو الفريق المكلَّف بالمعاملات الحسابية مع المرضى، ومع الهيئات الممولة الأخرى، ويجب أن يتميز المسؤولين في الفريق بالأداء المتقن والسريع، وذلك لضمان بساطة المعاملات المادية مع المرضى المُسِنّيْن الذين كثيراً ما يصابون بالتوتر وبالقلق بسبب تعقيد هذه المعاملات.

وجود نظم للتخفيضات والإعفاءات:

في حالة وجود هذه النظم فيجب ان تكون معلنة ومعروفة لضمان وصولها لمستحقيها.

آلية تسديد الرسوم:

يجب أن تتميز آلية تسديد الرسوم بالبساطة والسهولة، بحيث تُدفع كل الرسوم مرة واحدة، مع وجود أماكن لتسديد الرسوم في مكان قريب من أماكن تقديم الخدمات. ويمكن أن يقوم بعض الموظفين أو المتطوعين بمساعدة المُسِنّين في استكمال عملية الدفع.

الوضوح والإعلان عن آلية الدفع: بواسطة إعلانات توضِّح خطوات دفع الرسوم أو عن طريق موظفي الاستقبال.

وجود اتفاقيات مع بعض الجهات لتقديم تخفيضات لبعض الخدمات: وتعتبر مثل هذه الاتفاقيات مجهودات غير إجبارية، ولكنها بدون شك تساهم في تقديم خدمات متكاملة للمُسِنّين.

استمارة تقييم تكاليف العلاج

المعايير الإجبارية التي يجب توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

البنود	موجودة	غير موجودة	تحتاج إلى تعديل	ملاحظات
معايير معتمدة من الجهات الرسمية:				
وجود فريق مالي وإداري مدرب				
آلية تسديد الرسوم معلنة وواضحة				

المعايير التي يفضل توافرها في أي مركز للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

البنود	موجودة	غير موجودة	تحتاج إلى تعديل	ملاحظات
التعاون مع التأمين الصحي				
وجود اتفاقيات مع بعض الجهات لتقديم تخفيضات لبعض الخدمات				

7. الأخلاقيات والتشريعات في رعاية المُسِنّين

تمثل الأخلاقيات والتشريعات في الرعاية الصحية للمُسِنّين أساساً للممارسة الناجحة عموما وللرعاية الصحية للمُسِنّيْن خاصة. لذا يجب أن يكون لدى مقدمى الرعاية الصحية الأولية الوعي الكامل بأساسيات أخلاقيات وتشريعات الرعاية الصحية للمُسِنّين.

المبادئ الأساسية لأخلاقيات الرعاية الصحية للمُسِنّين:

تشمل المبادئ الأساسية لأخلاقيات الرعاية الصحية للمُسِنّين التأكد من توفير الاستفادة من الخدمة، وعدم حدوث أي ضرر بسببها، والعدالة في الممارسة، والمصداقية، والخصوصية، والاستقلالية. ويؤدي الحفاظ على الخصوصية إلى المحافظة على سرية معلومات المريض المُسِنّ، مما يجعله أكثر راحة، وأكثر ميلاً للإفصاح عن المعلومات الطبية والاجتماعية.

ولتحقيق المبادئ الأساسية لأخلاقيات الرعاية الصحية للمُسِنّين يجب ان يكون مقدم الرعاية الصحية الأولية على وعي كامل بالنقاط التالية عند التعامل مع المريض المُسِنّ:

- الموازنة بين المخاطر والفوائد عند وضع أي خطة علاجية مع الأخذ في الاعتبار جميع العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار بعد التقييم الشامل للمُسِنّ، ووضع جودة الحياة والكفاءة الوظيفية كأولوية أولى.
- إن العدالة في الممارسة تعني عدم التمييز بسبب السنّ وبالتالي عدم حرمان المُسِنّ من أي تدخل طبي، سواءً كان تدخلاً وقائياً أو تدخلاً علاجياً أو تدخلاً تأهيلياً، لمجرد تقدمه في العمر، وبدلاً من ذلك تقييم كل مريض مُسِنّ على حدة، والموازنة بين المخاطر والفوائد.
- إن المريض المُسِنّ له كامل الحرية في اتخاذ القرارات الخاصة بحالته الصحية.
- يجب على مقدم الرعاية الصحية الأولية الإفصاح عن التشخيص بطريقة هادئة، كما يجب الاحتفاظ بكرامة المريض، وتعزيز أمله في الشفاء.
- توفير مقدم الرعاية الصحية الأولية لوقت كافٍ للإجابة على الأسئلة التي يطرحها المُسِنّ ومن يرافقه من الأفراد والعائلة.
- مناقشة مقدم الرعاية الصحية الأولية لكيفية تطور المرض، والاتفاق مع المريض المُسِنّ على خطة رعاية مصممة خصيصاً لتراعي قِيَم المُسِنّ واعتقاداته.
- تزويد مقدم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ بمواد تثقيفية مكتوبة عن المرض، وبقائمة بالموارد الاجتماعية المساعدة والمتوفرة.
- تعريف مقدم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّ بالموافقة المستنيرة وبكيفية تطبيقها.
- أن يكون مقدم الرعاية الصحية الأولية على درجة عالية من المهارة في كيفية التواصل مع المريض المُسِنّ، وبالتالي بناء علاقة وثيقة بينهما، تؤدي إلى الوصول إلى أقصى درجة من الاستفادة.
- اكتشاف مقدم الرعاية الصحية الأولية للمعوقات التي تحول بين المريض المُسِنّ ذي الأهلية وبين قدرته على اتخاذ القرار، ومساعدته للتغلب عل تلك الصعوبات، مثل صعوبة استيعابه لبعض المعلومات الطبية، وتدخل أفراد العائلة في اتخاذ القرار، وخاصة الأبناء، والاختلافات في ما بينهم وبين المريض المُسِنّ في الخلفية الدينية والاجتماعية والثقافية.
- يجب على مقدم الرعاية الصحية الأولية تقديم المشورة الصحية بطريقة تتماشى مع ثقافة المريض، وتقديم المعلومات والخدمات بطريقة تتناسب مع ثقافة المريض المُسِنّ وقِيَمه وعاداته.

المبادئ الأساسية للجانب التشريعي لرعاية المُسِنّين:

1. يتمتع المُسِنّون بكل المميزات التي تمليها بنود ومواد إعلان الأمم المتحدة الخاص بحقوق الإنسان، فالمُسِنّون أحرار ومتساوون مع غيرهم في الكرامة وفي الحقوق.
2. تكون الأولوية لحماية المُسِنّ ومصالحه في جميع القرارات والإجراءات المتعلقة برعايته، أياً كانت الجهة التي تصدر تلك القرارات أو تباشر في تنفيذها.
3. حماية المريض المُسِنّ من سوء الممارسة، حيث يجب على الأطباء رعاية مرضاهم بشكل أخلاقي وقانوني. وفي بعض الأحيان تكون المسؤولية القانونية محل اهتمام العديد من الأطباء، الأمر الذي يقود بعض الأطباء إلى تطبيق الطب الدفاعي، فيتخذ القرارات على أساس رغبتهم في تجنب المسؤولية القانونية بشكل جزئي أو كلي.
4. ويجب أن يكون لدى القائمين على تقديم الرعاية الصحية، بمن فيهم القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأولية الوعي الكامل بالإجراءات القانونية حول بعض المشاكل التي يتعرض لها المرضى المُسِنّون، مثل:
   - أهلية المُسِنّ وتشريعات الحجر الطبي والوصاية.
   - الاجراءات القانونية للحماية من إساءة المعاملة ومن الانتهاك.
   - التشريعات الخاصة بالمرضى في مراحل الحياة النهائية.

الموافقة المستنيرة:

يعد الاختيار الطوعي الذي يختاره المريض الذي يتمتع بكامل الأهلية القانونية جزءًا من حق المريض في تحديد مصيره، لذا كان من الواجب أخذ الموافقة المستنيرة من كل مريض مُسِنّ قبل إجراء أي تدخل طبي.

والعامل الأساسي لتحديد المصير في الموافقة المستنيرة هو القدرة على اتخاذ القرار، والتي تتطلب تزويد المُسِنّ أو القائم على رعايته بجميع المعلومات الطبية اللازمة وإيضاح جميع المخاطر، وتبيين جميع الفوائد، بأمانة وبمصداقية، لمساعدته على اتخاذ القرار.

الموافقة المستنيرة على المشاركة في البحث العلمي:

يجب تقديمها فقط للمرضى القادرين على إعطاء الموافقة، أو قدموا موافقة مبدئية على المشاركة بالبحث العلمي. ومن حق الأشخاص الذين يرعون حقوق المُسِنّ رفض مشاركته أو سحبه من المشاركة، حتى لو أعطى موافقة مسبقة، وذلك إذا ادعى الذين يرعون حقوق المُسِنّ أن بروتوكول البحث ليس في صالح أو من اهتمامات المُسِنّ المفضلة.

تخطيط الرعاية المستقبلية:

ينبغي تقديم وصف واضح لتخطيط الرعاية المستقبلية للمرضى المُسِنّين الذين يتمتعون بكامل الأهلية، ثم مناقشة تفضيلاته معهم، وتوثيق المناقشة لأغراض الرعاية الطبية المستقبلية. فمن شأن ذلك أن يحفظ حقوق المرضى المُسِنّين في تحديد مصائرهم حتى لو كانوا قد فقدوا القدرة على اتخاذ القرار.

وقد يختار الطبيب عدم الالتزام بالموافقة المبدئية التي قدمها المريض المُسِنّ، لأنه كطبيب يعترض من الناحية الأخلاقية على مضمونها، وعليه عند ذلك تسهيل إحالة ذلك المريض المُسِنّ إلى طبيب آخر.

ويجب أن يراعى من يمتلك اتخاذ القرارات نيابة عن المرضى المُسِنّين تفضيلات المرضى المُسِنّين الذين يمثلونهم إذا كانت تلك التفضيلات معروفة لديهم. وإذا كانت تلك التفضيلات غير معروفة لديهم، أو إذا طرأت تغييرات مهمة على صحة المريض المُسِنّ أو على تغذيته، فإن الدليل الذي يستهدي به من يمتلك اتخاذ القرارات نيابة عن المرضى المُسِنّين هو كرامة المريض ونوعية الحياة.

استمارة الأخلاقيات والتشريعات في رعاية المُسِنّين

الشروط الإجبارية التي يجب استيفائها

الشرط	متوافر	غير متوافر	ملاحظات
في مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّيْن: • وجود قاعدة بيانات للمرضى المُسِنّيْن تشمل كل المعلومات الشخصية والطبية والاجتماعية وخطة العلاج.			
• ضمان سرية البيانات الصحية والاجتماعية للمرضى المُسِنّين حتى مع أقاربهم إلا في حال موافقتهم على ذلك.			
• التأكد من خصوصية الكشف، حيث يجب ستر المريض من أن يراه عامة الناس، إما بإغلاق الباب، أو بإسدال الستارة أو الحاجز.			
• توفير مواد تعليمية مكتوبة عن المبادئ الأساسية للجانب التشريعي لرعاية المُسِنّين.			
المبادئ الأساسية للجانب التشريعي لرعاية المُسِنّين : • يتمتع المُسِنّون بكل الميزات في بنود ومواد إعلان الأمم المتحدة الخاص بحقوق الإنسان. فالمُسِنّون أحرار متساوون في الكرامة وفي الحقوق.			
• يتمتع جميع البالغين بما فيهم المُسِنّون بالأهلية القانونية الكاملة أمام السلطات القضائية وفي ظل القانون.			
• تكون لحماية المُسِنّ والمحافظة على مصالحه الأولوية المطلقة عند اتخاذ جميع القرارات والإجراءات المتعلقة برعايته، أياً كانت الجهة التي تصدرها أو تنفذّها.			
• للمُسِنّ الحقّ في الحياة والبقاء والنمو وسط أسرة متماسكة ومتضامنة والتمتع برعايتها. وعلى الأسرة أن توفر الرعاية والحماية الضرورية للمُسِنّ. وعلى الدولة أن توفر رعاية بديلة لكل مُسِنّ حرم من رعاية أسرته.			
• يجب على الأطباء رعاية مرضاهم، بما فيهم المُسِنّون، بشكل أخلاقي وقانوني.			
مراجعة عينة عشوائية لبعض الخطط العلاجية للمرضى المُسِنّيْن بعد مراجعة التقييم الشامل للتأكد من:			
• العدالة في الممارسة وتقييم كل مريض مُسِنّ على حدة عن طريق الموازنة بين المخاطر والفوائد.			
• عدم حرمان المُسِنّ من أي تدخل طبي، سواءً كان تدخلاً وقائياً أم كان تدخلاً علاجياً، أم تدخلاً تأهيلياً، لمجرد تقدمه في العمر.			
إجراء مقابلة لعينة عشوائية من بعض المرضى المُسِنّيْن بعد أخذ موافقتهم للمشاركة في هذا الاستبيان للتأكد من: • أنهم على علم ودراية كاملة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية والحقوق القانونية.			
• سهولة حجز المواعيد والمتابعات والحصول على الخدمات الطبية.			
• أن الإفصاح عن التشخيص قد تم بطريقة هادئة احتفظ فيها المريض المُسِنّ بكرامته وبأمله في الشفاء.			
• أنه قد تمت مناقشة كيفية تطور المرض والاتفاق على خطة رعاية مصممة بحيث تراعي قِيَم المريض المُسِنّ واعتقاداته وخلفيته الدينية والاجتماعية والثقافية.			
• توفير وقت كافٍ للإجابة على أسئلة المريض المُسِنّ وعائلته، حتى لو احتاج ذلك لعدة مقابلات.			
• تزويد المريض المُسِنّ بمواد تثقيفية مكتوبة عن المرض، وبقائمة بالموارد الاجتماعية المتوفرة.			
• تطبيق مبدأ الموافقة المستنيرة عن اتخاذ أي قرار، بتزويد المريض المُسِنّ أو			

القائم على رعايته جميع المعلومات الطبية اللازمة وتوضيح جميع المخاطر والفوائد المترتبة، وإذا أراد الطبيب أن يعترض من الناحية الأخلاقية على الموافقة المبدئية التي قدمها المريض، فينبغي عليه تسهيل إحالة المريض إلى طبيب آخر غيره.			
• حق المريض المُسِنّ مكفول في التبليغ عن أي سوء في المعاملة أو في الرعاية الطبية دون أن يلحق به هذا أيَّ ضرر أو اضطهاد.			
اجراء مقابلة لعينة عشوائية من بعض القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للتأكد من: • القدرة على التمييز بين المُسِنّ ذي الأهلية والمُسِنّ الفاقد للأهلية.			
• معرفة كيفية تطبيق الموافقة المستنيرة.			
• أنه على درجة عالية من المهارة في كيفية التواصل مع المريض المُسِنّ وتقديم المعلومات والخدمات بطريقة وأسلوب قريب لثقافة المريض، وقيمه، وعاداته.			
• قدرته على اكتشاف المعوقات التي تحول بين المريض ذي الأهلية وقدرته على اتخاذ القرار ومساعدته للتغلب على تدخل أفراد العائلة في اتخاذ القرار وخاصة الأبناء.			
• الوعي الكامل بالإجراءات القانونية لحماية المُسِنّين من إساءة المعاملة ومن الانتهاك.			
• الوعي الكامل بالإجراءات القانونية والتشريعات الخاصة بالمرضى في مراحل الحياة النهائية.			
الموافقة المستنيرة: • وجود نموذج للموافقة المستنيرة يختلف حسب نوع التدخل الطبي (عملية جراحية، فحص طبي تدخلي، أو غير ذلك..) تحتوى على اسم المريض، وعمره، والتاريخ والوقت بالساعة، والطبيب المعالج، والتشخيص الطبي، ونوع التدخل الطبي، والمخاطر والفوائد، وتوقيع كل من المريض والطبيب.			
• وجود نموذج موافقة مستنيرة للمشاركة في الأبحاث العلمية تحتوي على اسم المريض، وعمره، والتاريخ والوقت بالساعة، واسم الطبيب المعالج، والتشخيص الطبي، ودور المريض في البحث، وأن من حقه الانسحاب من المشاركة في أي وقت، وتوقيع المريض.			
• ضمان حق المريض أو من ينوب عنه في اتخاذ القرار في الانسحاب من المشاركة في البحث في أي وقت إذا وجد أن البروتوكول ليس هو المقصود.			

الشروط الاختيارية التي يُفَضَّل توافرها

الشرط	متوافر	غير متوافر	ملاحظات
• توعية المرضى المُسِنّيْن الذين يزورون المركز بجميع حقوقهم القانونية.			
المبادئ الأساسية للجانب التشريعي لرعاية المُسِنّين:			
• تتخذ الدولة جميع التدابير المناسبة لينال كل مُسِنّ حقه في الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية من مؤسسات تشرف عليها وزارتا الصحة والتضامن.			
مراجعة عينة عشوائية لبعض الخطط العلاجية للمرضى المُسِنّيْن بعد مراجعة التقييم الشامل للتأكد من: • وضع جودة الحياة والكفاءة الوظيفية على رأس الأولويات.			
إجراء مقابلة لعينة عشوائية لبعض المرضى المُسِنّيْن بعد أخذ موافقتهم للمشاركة في هذا الاستبيان للتأكد من:.			
• استقبال فريق العمل للمريض استقبالاً ودودًا والتعامل معه بشكل جيد.			
• أن المريض المُسِنّ قد اتخذ القرارات الخاصة بحالته الصحية وهو بكامل الحرية.			
• معرفة المرضى المُسِنّين بوجود تخطيط الرعاية المستقبلية وإمكانية كتابته وتوثيقه لحفظ حق المرضى في تحديد مصيرهم حتى لو كانوا فقدوا القدرة على اتخاذ القرار، مع إمكانية تعيين شخص بديل لاتخاذ هذه القرارات.			
إجراء مقابلة مع عينة عشوائية من بعض القائمين على تقديم الرعاية الصحية الأولية للتأكد من:			
• معرفتهم بضوابط تخطيط الرعاية المستقبلية للمرضى الذين يتمتعون بكامل الأهلية، ومناقشة تفضيلاتهم، وتوثيقها لأغراض الرعاية الطبية المستقبلية.			
• عدم تطبيق الطب الدفاعي الذي يتم فيه اتخاذ القرارات على أساس رغبة الطبيب في تجنب المسؤولية القانونية بشكل جزئي أو كلي.			
• الوعي الكامل بالإجراءات القانونية للمشاكل التي يتعرض لها المرضى المُسِنّون مثل أهلية المُسِنّين وتشريعات الحجر الطبي والوصاية عليهم.			

8. التثقيف الصحي (Health Education)

التثقيف الصحي هو تحفيز الناس لتبنّي نمط حياة وممارسات صحية سليمة، من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع ككل، والحدّ من انتشار الأمراض فيه. والتثقيف الصحي يحقق هذا الهدف بنشر المفاهيم الصحية السليمة في المجتمع، وبتعريف الناس بأخطار الأمراض، وإرشادهم إلى وسائل الوقاية المثلى منها.

يهدف التثقيف الصحي لدى المُسِنّين إلى ترسيخ السلوك الصحي السليم وتعديل السلوك الخاطئ، مما يؤدي إلى:

- تحسين الصحة لدى المُسِنّين ولدى من يقدم لهم الرعاية ولدى المجتمع بكامله.
- خفض معدل حدوث الأمراض لدى المُسِنّين والتخفيف من وتيرة تفاقمها.
- خفض معدل الإعاقات والوفيات لدى المُسِنّين.
- تحسين نوعية الحياة لدى المُسِنّيْن .

مواضيع التثقيف الصحي لدى المُسِنّيْن :

يمكن للتثقيف الصحي أن يتناول أي موضوع له علاقة بالصحة، بشرط أن يتناسب هذا الموضوع مع حاجة المُسِنّ المستهدف بالتثقيف الصحي. ومن مواضيع التثقيف الصحي: التغذية السليمة لدى المُسِنّين، وممارسة الرياضة لدى المُسِنّيْن، والمبادئ الأساسية للشيخوخة المفعمة بالنشاط، والتعايش مع الامراض المزمنة.

متى وأين يتم التثقيف الصحي؟

يتم التثقيف الصحي في أي مكان، وفي أي وقت، ولا يلزم أن يكون ذلك من خلال الزيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية فقط، بل يمكن أن يتم ذلك أثناء الزيارات المنزلية أو من خلال المتابعة الهاتفية. كذلك يمكن للمراكز الصحية وضع ملصقات للتوعية الصحية في أماكن مناسبة، وتوزيع نشرات أو كتيبات على المرضى.

وسائل التثقيف الصحي:

يمكن في التثقيف الصحي الاستعانة بوسائل مختلفة، مثل: اللقاءات المفتوحة مع الناس، والمحاضرات والندوات، وعرض الأفلام التلفزيونية والسينمائية، وتوزيع النشرات الصحية والكتيبات والصحف والمجلات وغيرها من وسائل الإعلام، كما يمكن حالياً الاستفادة من التطبيقات الإلكترونية ومن شبكة الإنترنت.

الشروط الاجبارية التي يجب استيفائها

	متوافر	غير متوافر	ملحوظات
محتوى رسالة التثقيف الصحي			
تلبّي احتياجات المُسِنّيْن			
تشمل معلومات مفصلة تستند إلى أحدث الأدلة العلمية			
الرسائل واضحة وتلائم المستوى التعليمي للفئة المستهدفة			
الوسيلة			
كتيبات وملصقات تثقيف المريض المُسِنّ			
ندوات ومحاضرات ولقاءات توعية مع المرضى المُسِنّين ومن يقدم لهم الرعاية			

الشروط الاختيارية التي يُفَضَّل استيفاؤها

	متوافر	غير متوافر	ملحوظات
محتوى رسائل التثقيف الصحي			
تضعه لجنة من القائمين على تقديم الرعاية للمُسِنّين لتحديد محتوى رسائل التثقيف الصحي للتلبية احتياجاتهم ولتتماشى مع أحدث المعايير الطبية			
الوسائل			
وسائل الإعلام			
الوسائل الإلكترونية			

الجزء الثاني: تطوير الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

11- التعليم الطبي المستمر

يهدف التعليم الطبي المستمر إلى رفع كفاءة جميع العاملين بمركز تقديم الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، سواء الكفاءة العلمية أم الكفاءة العملية أم الكفاءة بالمهارات، لضمان مستوى الأداء ومواكبة التقدم العلمي، بالإضافة إلى فتح آفاق جديدة للارتقاء بجودة الخدمات التي يقدمها.

صور التعليم الطبي المستمر المطلوب لكل مجموعة تقدم الرعاية للمُسِنّين:

دورات تدريبية: يقوم بها متخصصون في رعاية المُسِنّين، وتهدف إلى تدريب الكوادر تدريباً مستمراً، وتثبيت الفكر الخاص بالتعامل مع المُسِنّيْن.

حضور المؤتمرات: من الهام جداً حضور المؤتمرات المتخصصة في مجال الرعاية الصحية للمُسِنّين وفي مختلف المجالات الأخرى وفي التخصصات المساندة لتشجيع التواصل وطرح الأفكار الجديدة.

الحلقات العملية أو ورش العمل: تعقد الحلقات العملية أو ورش العمل بهدف التعريف ببعض المهارات والتدريب عليها لضمان انتهاج الممارسات الصحيحة

جلسات التعليم الطبي المستمر: عقد جلسات التعليم الطبي المستمر للعاملين بالمركز بصورة منتظمة لتبادل الخبرات والمشاركة بالمناقشات العلمية ذات المردود العملي.

التعليم الإلكتروني: يساعد حصول بعض العاملين على برامج التعليم الالكتروني في مختلف المجالات على تقديم الخدمات المطلوبة، ويمكن اعتبار النشاط البحثي ضمن برامج التعليم الطبي المستمر.

من الضروري وجود لجنة مسؤولة عن التعليم الطبي المستمر تقوم بالآتي:

- الإعلان عن الأنشطة المتنوعة لضمان اطلاع العاملين على جميع الأنشطة
- المتابعة لضمان استمرارية البرامج.
- التوثيق لجميع الأنشطة بهدف التقييم المستمر ووضع اقتراحات وخطط التحسين.

ويجب توافر:

- استمارة خاصة بكل عضو لتقديمها سنوياً لضمان استيفاء الحد الأدنى المطلوب منه من التعليم الطبي المستمر.
- ملف خاص بالمركز يحتوي على الأنشطة التعليمية خلال كل عام، ويتضمن مجمل الأنشطة الفردية والجماعية.
- حد أدنى من أنشطة التعليم المستمر لكل عضو، ويكون معلناً لجميع التخصصات.

استمارة التعليم الطبي المستمر

البنود		مستوفى	غير مستوفى	بحاجة إلى تعديل	ملاحظات
وجود استمارات فردية					
وجود لجنة للإشراف على التعليم الطبي المستمر					
الأنشطة موثقة	مؤتمرات				
	ورش عمل				
	جلسات علمية				
	دورات تدريبية				
حد أدنى سنوي ومعلن للتعليم الطبي المستمر لجميع التخصصات					

- **الإعلان والتعريف بالخدمة**

الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين الأكثر نجاحاً هي الرعاية القادرة على إعداد برامج إعلانية خاصة بها بناء على فهم عميق لاحتياجات المُسِنّ ولاحتياجات المجتمع الذي يعيش فيه، وتحديد رؤية شاملة لما تريد تحقيقه، وهو جودة أفضل لحياة المُسِنّين، ووضع خطة استراتيجية توضح كيفية الوصول إلى الهدف في إطار زمني محدد وفي حدود الموارد المتاحة.

متطلبات الحملات الإعلانية للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين :

أولاً : محتوى الحملات الإعلانية للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:

- الإعلان عن الهدف الرئيسي لمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، والذى يجب أن يتناسب مع احتياجات المُسِنّيْن، ومع شعار "إضافة الحياة لسنوات العمر"، وليس مجرد إضافة سنوات إلى العمر، وهو وعد بتقديم رعاية صحية فريدة من نوعها من خلال منظمات الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين.
- توضيح خطة العمل لمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّيْن:

1) صياغة أهداف قابلة للقياس مثل (معدل زيارات المرضى المُسِنّين لتلقي الخدمات، وإنقاص معدلات المكث بالمستشفيات للمرضى المستفيدين من الخدمات، وإنقاص معدلات الوفاة بين المُسِنّين الذين يستفيدون من الرعاية الصحية الأولية).
2) الإعلان عن نتيجة تقييم خطة العمل من خلال دراسات بحثية غير متحيزة لتقييم العائد من الخدمة على جودة حياة المُسِنّ.

- مختلف الخدمات المتوافرة للمُسِنّين وتكلفتها
- صياغة الرسائل الإعلانية بحيث تروي قصة حقيقية لتعامل مريض مُسِنّ مع مراكز الرعاية الصحية الأولية ومدى تحسن جودة الحياة عنده بتأثير مباشر للخدمة التي تلقاها.

ثانيا: الوسيلة التي تتبعها الحملات الإعلانية للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين:

1) تشمل الحملات الإعلانية للرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وسائل متعددة، منها المطبوعة، ومنها المسموعة عبر الإذاعة، ومنها المرئية عبر قنوات وشاشات التلفزيون وصفحات الإنترنت، للوصول إلى الجمهور المستهدف من خلال هذه الوسائل المتعددة.
2) توفير كتيبات ومواد تثقيفية للمرضى المُسِنّين، بحيث يعكس مضمونها أهداف الرعاية الصحية الأولية من تقديم خدمات الطب الوقائي للمُسِنّين، والكشف المبكر عن الأمراض لديهم، ومتابعة وعلاج الأمراض المكتشفة بعد تشخيصها، والتعامل مع الأمراض الخاصة بمرحلة الشيخوخة لتحسين جودة حياة المُسِنّين.
3) عن طريق موقع إلكتروني:

لابد من وجود موقع الكتروني يضمن التواصل مع المُسِنّيْن البارعين في التعامل مع التكنولوجيا.

- ويجب أن يحتوي الموقع على:
  - قائمة بمختلف الخدمات المتوفرة وتكلفتها.
  - أماكن تقديم الخدمة وطرق الانتقال المتوفرة.

- كيفية حجز المواعيد ووسائل التواصل.
- أسماء الأعضاء العاملين بالمركز وتخصصاتهم المختلفة وطرق التواصل معهم.
- بعض الخبرات المستفادة من حالات بعض المُسِنّيْن الذين تعاملوا مع مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين واستفادوا من خدماته.
- بعض رسائل التوعية الصحية.

4) العلاقات المجتمعية ومصادر الإحالة المباشرة:

- يجب على مركز الرعاية الصحية الاولية الفعالة تطوير وتعزيز علاقاته مع مصادر الإحالة المحتملة (دور المُسِنّين ونوادي المُسِنّين ودور الرعاية الصحية الممتدة والمستشفيات) لضمان وجود تدفق مستمر من المرضى إليه، وذلك من خلال:
  - إيصال الخدمة إلى المُسِنّيْن في أماكن تواجدهم بمستويات الرعاية المختلفة.
  - إضافة الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين إلى عيادات الرعاية الصحية الأولية للأسرة.
- التواصل مع مؤسسات حكومية ومنظمات المجتمع المدني والهيئات الدولية لتطوير خدمات الرعاية الصحية للمُسِنّين.

ثالثاً: ميزانية الدعاية: ينبغي تخصيص ميزانية كافية للترويج لمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين في نطاق تقديم الرعاية.

رابعاً : خصائص الرسائل الإعلانية:

- ينبغي أن تكون الرسائل سهلة وواضحة حتى يسهل وصولها إلى فئة المُسِنّيْن من غير المتعلمين
- ينبغي أن يتم توجيه الرسائل إلى المرضى المُسِنّين ولأسرهم التي تقدم لهم الرعاية.
- ينبغي أن تكون الرسائل صادقة وأمينة في نقل المعلومات عن تجهيزات مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وعن الخدمة التي تُقَدَّم فيه.
- ينبغي توضيح أسعار الخدمات التي يقدمها مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين
- ينبغي التسويق لمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين من خلال استطلاعات لآراء المرضى والقائمين على تقديم الرعاية فيه، لمعرفة مدى رضاهم عن الخدمة ومدى تلبيتها لاحتياجاتهم.

استمارة الإعلان والتعريف بالخدمات التي يقدمها مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

الشروط الإجبارية التي يجب استيفاؤها

	متوافر	غير متوافر	ملحوظات
المحتوى الاعلاني			
أهداف مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تلبي احتياجات المُسِنّيْن			
خطة العمل بمراكز الرعاية الصحية الأولية			
مختلف الخدمات المتوفرة في مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وتكلفتها			
تقديم التثقيف الصحي في مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			
أماكن تقديم الخدمة وطرق الانتقال المتوفرة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			
كيفية حجز المواعيد ووسائل التواصل مع مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			
الوسيلة الإعلانية			
كتيبات ومواد تثقيف المريض			
علاقات التعاون والاتصال بمصادر الإحالة المختلفة والهيئات الحكومية ومنظمات المجتمع المدنى			
ميزانية الدعاية			
موضحة كجزء من ميزانية مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			
تخضع لرقابة وتقييم من داخل مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			
كافية للترويج لمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين في نطاق تقديم الرعاية			

الشروط الاختيارية التي يُفَضَّل استيفاؤها

	متوافر	غير متوافر	ملحوظات
المحتوى الإعلاني			
أسماء الاعضاء العاملين في مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وتخصصاتهم المختلفة وطرق التواصل معهم			
متابعة لبعض الخبرات المستفادة من حالات من المُسِنّيْن الذين تعاملوا مع خدمات الرعاية الصحية الأولية في المركز وعرض نتائجها			
الوسيلة الإعلانية			
إعلانات وبرامج تثقيف صحي بالإذاعة والتلفزيون			
موقع إليكتروني خاص بمركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين			

- **الدعم الاجتماعي للمُسِنّين وللقائمين على رعايتهم**

يعتبر الدعم الاجتماعي للمُسِنّين ولأسرهم من الأنشطة الهامة جداً والتي يجب أن تشملها الخطط العلاجية، كما أن الدعم الاجتماعي للقائمين على رعاية المُسِنّين من شأنه أن يقلل من معدلات حدوث الإنهاك لدى القائمين على رعاية المُسِنّين، وإلى خفض معدلات إساءة التعامل والانتهاك للمُسِنّين. ويقدم الدعم الاجتماعي جميع أفراد الفريق في مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين، ولكن العبء الرئيسي يتحمله الاختصاصي الاجتماعي. والدعم الاجتماعي يمكن أن يكون في عدة صور، منها:

- التثقيف الصحي لكل من المرضى المُسِنّين والقائمين على رعايتهم، ويشمل عدة صور، ليلبي حاجة كل مريض على حدة، مثل التعامل مع المُسِنّ المشلول أو المصاب بالخَرَف..
- تنظيم حلقات جماعية مع القائمين على رعاية المُسِنّ.
- تنظيم دورات لتدريب القائمين على رعاية المُسِنّ، وذلك من خلال دورات تدريب القائمين على الرعاية الذين يعملون بوظيفة جليس للمُسِنّ مقابل أجر.
- تشكيل حلقة وصل بين مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين وبين الأماكن الأخرى التي تقدم خدمات خاصة بالمُسِنّيْن أيضاً.
- التعاون والتواصل مع الهيئات التي تقدم الدعم للمُسِنّين أيضاً.

ويتم تقديم الدعم من خلال الاختصاصي الاجتماعي الموجود بالفريق، فهو الذي يقوم بدوره في التقييم للظروف الاجتماعية للمُسِنّ، ويحدد الاحتياجات الاجتماعية له، ويدرجها في خطط التعامل مع المريض المُسِنّ، مع تحديد خطوات واضحة تشمل:

- التعريف بالمشكلات الاجتماعية للمُسِنّ.
- مناقشة الحلول الممكنة لها وآلية تنفيذها.
- توجيه المُسِنّ أو القائمين على رعايته إلى الخدمات التي يمكنه الاستفادة منها.
- وجود آلية اتصال بين مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين والهيئات المختلفة التي يمكن ان يستعين بها المُسِنّ.

استمارة تقييم الدعم الاجتماعي للقائمين على مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين

بنود الدعم الاجتماعي	متوفر	غير متوفر	يحتاج إلى تعديل	ملاحظات
وجود اختصاصي اجتماعي				
آلية اتصال بين مركز الرعاية الصحية الأولية للمُسِنّين والمؤسسات الأخرى				
نماذج موثقة من الأنشطة الاجتماعية				
الأنشطة الاجتماعية موجَّهة للمُسِنّين وللقائمين على تقديم الرعاية له.				

مصطلحات خدمات رعاية المُسِنّين

من الملاحظ أن تعريف نوع معين أو مستوى محدد من الرعاية قد يكون موضع اختلاف، لأن تفرعات وشُعَبْ خدمات رعاية المُسِنّين تعتبر حديثة نسبياً، وبعضها غير واضح المعالم أو ما زال في تطور مستمر، كما تتداخل الخدمات في ما تقدمه، وربما يتم تقديم نفس الخدمة ولكن بأسماء مختلفة، مما يشكل صعوبة في الاتفاق على مصطلح محدد.

ويضم الجدول التالي بعض المصطلحات العربية مع مقابلاتها الإنكليزية، وهي مستمدة من المعجم الطبي الموحد (UMD) إن كانت موجودة فيه، وإلا من مواطن أخرى غيره، مع الترتيب الأبجدي لسهولة البحث عنها في الجدول.

المصطلح العربي	المصطلح بالإنكليزية
العمود الرابع	4th pillar
شيخوخة مفعمة بالنشاط والصحة	active & healthy ageing
شيخوخة مفعمة بالنشاط	active ageing
الحركة الفاعلة	active motion
أنشطة الحياة اليومية	activities of daily living (adl)
نشاط	activity
الرعاية الحادة	acute care
مستشفى الرعاية الحادة	acute care hospital
الأعراض الحادة	acute symptoms
سلس بول حاد عابر	acute transient urinary incontinence
التوجيهات المتقدمة	advance directives
التصميمات الصديقة للمُسِنّين	age friendly design
التغيرات المصاحبة للشيخوخة	age related changes
مجتمع المُسِنِّين	aged society
المدن المصادق للمُسِنّين	age-friendly cities
الرعاية الصحية الأولية المصادقة للمُسِنّين	age-friendly primary health care
شيخوخة	ageing
التمييز بسبب السن	ageism
مرض ألزهايمر	alzheimer disease
القلق	anxiety
مرفق المعيشة مع المساعدة	assisted living facility
الأجهزة المساعدة	assistive devices
رجفان أذيني	atrial fibrillation
الوكيل	attorney
الأعراض غير النمطية	atypical presentations
مضاعفات ملازمة الفراش	bed recumbence complication
عزاء	bereavement

biologic age	العمر البيولوجي
bone age	العمر العظمي
brain ageing	شيخوخة الدماغ
caloric restriction	تقليل الكالوري (السعرات الحرارية)
cancer	سرطان
capacity	قدرة
care	الرعاية
care management program	برامج إدارة الرعاية
care provider	مقدم الرعاية
caregiver	مقدم الرعاية للمُسِنّين
caregiver burnout	إنهاك القائمين على تقديم الرعاية
caregiver stress	إجهاد القائمين على تقديم الرعاية
case history	التاريخ المرضي للحالة
chronic care	الرعاية المزمنة
chronic established urinary incontinence	سلس بول مزمن ثابت
chronic obstructive pulmonary disease	الداء الرئوي السادّ المزمن
chronic symptoms	الأعراض المزمنة
chronologic age	العمر الزمني
clinical examination	الفحص السريري (الإكلينيكي)
cognitive impairment	الاعتلال المعرفي
communication	التواصل
community healthcare	رعاية صحية في المجتمع
comprehensive geriatric assessment	التقييم الشامل للمُسِنّين
constipation	الإمساك
continuous incontinence	سلس البول المستمر
crutch	عكاز
day care	رعاية نهارية
day hospital	مستشفى نهاري
dehydration	الجفاف
delirium	هَذَيان
dementia	خَرَف
demographic transition	التَّحَوُّل (الانتقال) الديموغرافي
dependency	اعتماد
depression	اكتئاب
diabetes mellitus	السكري
disability-adjusted life years	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز
disabled	المصابين بعجز
disease burden	عبء الأمراض
diverticulosis	داء الرتوج القولونية
elder abuse	إساءة معاملة المُسِنّين

end of life care	الرعاية في نهاية لحياة
environmental safety	السلامة (الأمان) البيئية
ethical and legal issues	قضايا أخلاقية وقانونية
exercise	تمرينات رياضية
extended care facility	مرفق الرعاية المديدة
falls	السقوط
family caregiver	القائمين على الرعاية من الأسرة
fatigue	تعب
formal care	الرعاية الرسمية
frailty	وهن
functional age	العمر الوظيفي
functional incontinence	سلس البول لخلل وظيفي
functional performance	الأداء الوظيفي
gastro-oesophegial reflux	ارتجاع عصارة المعدة إلى المريء
geriatric care team	فريق رعاية المُسِنّين
geriatric day hospital	مستشفى نهاري للمُسِنّين
geriatric giants	أهم المشكلات التي تواجه المُسِنّين
geriatric hospital	مستشفى للمُسِنّين
geriatric nurse	ممرض المُسِنّين
geriatric pharmacist	صيدلي المُسِنّين
geriatric physiotherapist	معالج طبيعي للمُسِنّين
geriatric psychologist	اختصاصي نفسي للمُسِنّين
geriatric social worker	اختصاصي اجتماعي للمُسِنّين
geriatrician	طبيب المُسِنّين
health care institution	مؤسسة رعاية صحية
health care providers	مقدمي الخدمات الصحية
health education	التثقيف الصحي
health insurance	التأمين الصحي
health promotion	تعزيز الصحة
healthcare proxy	الوصاية الصحية
healthy and active ageing	الشيخوخة المفعمة بالنشاط والصحة
healthy life year	سنوات الحياة المفعمة بالصحة
heart failure	فشل القلب
home care coordinator	منسق الرعاية المنزلية
home healthcare	الرعاية الصحية المنزلية
hospice	دار الرعاية في نهاية العمر
hospital acquired infections	العدوى المكتسبة من المستشفيات
hospitals	المستشفيات
hypertension	ارتفاع ضغط الدم
iatrogenic	علاجي المنشأ

impairments	اعتلالات
independence	اعتماد على الذات (استقلالية)
independent living facility	مرفق المعيشة المستقلة
informal care	الرعاية غير الرسمية
informed consent	الموافقة المستنيرة
institute acquired infection	العدوى المكتسبة من المؤسسات
institutional healthcare	رعاية صحية في مؤسسة
instrumental activities of daily living	أنشطة الحياة اليومية الهامة
intermediate care facility	مرفق الرعاية المتوسطة
intermittent incontinence	سلس البول المتقطع
ischemic heart disease	مرض الشريان التاجي
life course	مسار الحياة، مراحل العمر
life expectancy	مأمول العمر
life span	مدى العمر
life-course approach	أسلوب يستمر طوال العمر
loneliness	الوحدة
long term care	رِعايَةٌ مَديدَة
long term care hospital	مستشفى الرعاية المديدة
longevity	طول العمر
loss	فقدان (خسارة)
malnutrition	سوء التغذية
mental age	العمر العقلي
mental status examination	فحص الحالة العقلية
misconception	المفاهيم الخاطئة
mixed incontinence	سلس البول المتعدد الأسباب
mortality rates	معدلات الوفيات
multiple co-morbidities	تعدد الأمراض المرافقة
networking	إنشاء الشبكات
night hospital	مستشفى ليلي
nursing homes	دُور مُسِنّين
nutrition	التغذية
obesity	السِمنة
occupational age	العمر المهني
occupational therapist	اختصاصي الطب المهني
old age food pyramid	الهرم الغذائي للمُسِنّين
osteoarthritis	التهاب المفاصل والعظام
osteopenia	قلة العظم
osteoporosis	تخلخل العظم
outpatient care	رعاية في العيادة الخارجية
overactive bladder	فرط نشاط المثانة

overflow incontinence:	سلس البول الفيضي
palliative care	الرعاية التلطيفية
parkinson disease	مرض باركنسون
physiological age	العمر الفزيولوجي
pneumonia	التهاب رئوي
poly-investigations	تعدد الفحوصات
polypharmacy	تعدد الأدوية
polypharmacy	التعدد الدوائي
polyuria	كثرة التبول
population ageing	شيخوخة السكان
pressure ulcer	قرحة الانضغاط
prevalence	انتشار
primary care	الرعاية الصحية الأولية
programmed cell death	موت الخلايا المبرمج
psychogeriatric/old age psychiatry	الطب النفسي للمُسِنّين
quality of life	جودة حياة
quality-adjusted life-year	سنوات العمر المصححة باحتساب جودة الحياة
rehabilitation	التأهيل
rehabilitation hospital	مستشفى التأهيل
renal failure	الفشل الكلوي
residential care	رعاية المرضى الداخليين
respite care	الرعاية بالاستراحة
retirement	التقاعد
revolving door status	وضعية الباب الدوَّار
sarcopenia	قلة العضلات
secondary care	الرعاية الثانوية
self-dependence	الاعتماد على الذات
senior citizen housing	مجمعات سكنية للمُسِنّين
sensory impairment	ضعف الحواس
short term hospital	مستشفى الأمراض الحادة
signs	العلامات
silver workforce	قوة العمالة الفضية
skilled nursing facility	مرفق الرعاية التمريضية المحترفة
social age	العمر الاجتماعي
social network	شبكة العلاقات الاجتماعية
socio-economic security	نظم الضمان الاجتماعي والاقتصادي
speech and language therapist	اختصاصي اللغة والكلام (التخاطب)
stigma	الوصمة
streamlining	التعميم
stress incontinence	سلس البول بالإجهاد

stroke (cerebral stroke)	السكتة الدماغية
sub-acute care	الرعاية تحت الحادة
symptoms	الأعراض
syncope	الإغماء
syndromes	متلازمات
tertiary care	الرعاية الثالثية
third age university	جامعة العمر الثالث
transitional care or transition of care	الرعاية الانتقالية أو الانتقال في الرعاية
urge incontinence	سلس البول الإلحاحي
urinary incontinence	سلس البول
urinary tract infection	التهاب مجرى البول
urine retention	احتباس البول
urodynamic	دراسة حركيات التبول
wound & ostomy & continence care nurse	ممرضة رعاية الجروح وفتحات التغذية والتحكم بالبول وبالبراز
years lived with disability	سنوات العيش بالعجز
years of potential life lost	سنوات العمر التي يحتمل فقدها